

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Zélia Ferreira

Orientadora:
Professora Doutora Céu Mateus

Janeiro, 2011

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Zélia Ferreira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora:

Professora Doutora Céu Mateus
Professora Auxiliar da Secção de Saúde Pública e Organização de
Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova
de Lisboa

Janeiro, 2011

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento, realizada sob a orientação científica da Senhora Professora Doutora Céu Mateus, Professora Auxiliar da Secção de Saúde Pública e Organizações de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa

RESUMO

O envelhecimento da população portuguesa é um facto. Esta alteração da estrutura demográfica exige o investimento no conhecimento científico para que se conheçam as consequências a nível, económico, social, cultural, biológico, físico e, principalmente, a nível da saúde. Isto porque, é emergente que a sociedade tenha capacidade para responder às necessidades específicas das pessoas neste estágio de vida, tendo sempre por base o conceito de qualidade de vida.

Este estudo teve como objectivo avaliar a percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada. Foram nove as instituições participantes, denominadas por lares de idosos de residência permanente, onde se contou com uma amostra de 75 indivíduos entre os 66 e 100 anos, de ambos os sexos. Foram recolhidos dados através de uma caracterização sócio-demográfica, através do Mini Mental State e através do Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico (de Fonseca e Paúl, 1999). Os dados obtidos foram trabalhados numa perspectiva de estatística descritiva e estatística inferencial, nomeadamente com a análise do coeficiente de Spearman.

A partir desta análise determinou-se que: a grande maioria da amostra designa como “aceitável” ou “fraca” a sua percepção da saúde, em geral; os dados sócio-demográficos, e a instituição a que cada indivíduo pertence não têm relação com a percepção do estado de saúde destas pessoas; existe relação significativa entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares, essencialmente quando se abordam itens relacionados com aspectos físicos; no que concerne aos hábitos de vida, não existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas e os hábitos tabágicos e os hábitos alcoólicos. Os dados obtidos nem sempre são os dados que se esperavam efectivamente, porém fazem sentido ao serem consolidados com a teoria.

Palavras – Chave: percepção, saúde, idoso, institucionalização

ABSTRACT

The aging of the Portuguese population is a reality. It is imperative that society has the capacity to face the specific necessities of those who are in this phase of their lives. Therefore, this change in the demographics requires investment in scientific knowledge in order to know the consequences at levels such as: the economic, social cultural, biological and physical, mainly related to health.

The main purpose of this study has been to evaluate the perceptions of elderly people concerning their health conditions. There were nine institutions involved, which are referred to as nursing homes, and a sample of 75 people between 66 and 100 years-old, from both genders, cooperated. Data has been collected through social-demographic, Mini Mental State and also through the questionnaire of the self-evaluation of health and physical well-being (from Fonseca and Paúl, 1999). The obtained data was worked within a perspective of descriptive/ inference statistic.

From this analysis, it was determined that the great majority of the sample describes their perception of health as “acceptable” or “weak”, in general; the social-demographic information and the institution to where each person belongs do not show a connection with their perception of their health condition; however, there seems to be a significant relation between an institutionalized elderly person’s perception of their health condition and their spouse’s health, mainly when related to physical issues.

In as far as life styles are concerned, do not show a connection between elderly people’s perception of health and smoking habits and alcohol habits. The obtained data does not always match expectations; nevertheless they make sense when being complemented by the theory.

Key-words: perception; health; elderly person; institutionalized

ÍNDICE

	p.
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE QUADROS	vi
ÍNDICE DE TABELAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
SIGLAS	viii
0 – INTRODUÇÃO	1
I – ASPECTOS CONCEPTUAIS	4
1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA	5
2 – O FENÓMENO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO	8
3 – A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS	13
4 – PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE (DOS IDOSOS)	16
5 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	19
II – ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	23
1.1. Problema e interesse do estudo	23
1.2. Tipo de estudo	23
1.3. Plano de investigação	25
1.4. Meio	26
1.5. População alvo e amostra	27
1.6. Instrumentos de colheita de dados	28
1.7. Pré - teste	30
1.8. Variáveis do estudo	30
1.9. Definição das hipóteses	31
1.10. Recolha dos dados	33
1.11. Tratamento dos dados	33
III – ASPECTOS EMPIRICOS	35
1 – ESTATISTICA DESCRITIVA	36
1.1 – Caracterização da população - alvo	36
1.2 – Caracterização das equipas de colaboradores das Instituições	37
1.3 – Caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra	41

1.3.1 – Instituição a que pertence	41
1.3.2 – Dados sócio demográficos	41
1.4 – Descrição dos dados obtidos com a aplicação do Mini Mental State	44
1.5 - Descrição dos dados obtidos com a aplicação do Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico	44
1.5.1 – Saúde física	44
1.5.2 – Actividade física e mental	46
1.5.3 – Condição física	46
1.5.4 – Sono	47
1.5.5 – Audição	47
1.5.6 – Visão	48
1.5.7 – Consumo de tabaco	48
1.5.8 – Consumo de álcool	48
2 – ESTATÍSTICA INFERENCIAL	49
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4 – CONCLUSÕES	53
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	58
ANEXO I: Pedido de autorização para colheita de dados nas instituições	59
ANEXO II: Caracterização da população – alvo, residente nos lares de idosos/ Caracterização da equipa dos colaboradores da instituição	60
ANEXO III: Consentimento Informado	61
ANEXO IV: Caracterização sócio - demográfica e profissional	62
ANEXO V: Mini Mental State – versão Portuguesa, traduzida e validada por Guerreiro e tal (2003)	63
ANEXO VI: Questionário de auto – avaliação da saúde e do bem-estar físico	64
ANEXO VII: Autorização pelo autor do “Questionário de auto – avaliação da saúde e do bem-estar físico”	65

INDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1: Índices de Envelhecimento, Portugal e NUTS II, 2008	6
Quadro nº 2: Índices de Dependência, Portugal e NUTS II, 2008	8
Quadro nº 3: Apresentação da definição das hipóteses	32

INDICE DE TABELAS

	p.
Tabela nº 1: Distribuição dos indivíduos pelas instituições	36
Tabela nº 2: Características sócio-demográficas da população em estudo	37
Tabela nº 3: Síntese com as características das equipas de colaboradores nas instituições	40
Tabela nº 4: Síntese com o número de horas por semana, por colaborador, distribuídas por cada instituição	40
Tabela nº5: Tabela de frequências relativa à “instituição a que pertence”	41
Tabela nº 6: Caracterização sócio-demográfica	42
Tabela nº 7: Resultados sobre tempo na instituição, motivo de institucionalização e iniciativa do internamento	44
Tabela nº 8: Resultados da auto-avaliação da saúde física	45
Tabela nº 9: Resultados da capacidade física e mental	46
Tabela nº 10: Resultados da auto-avaliação da condição física	47
Tabela nº 11: Resultados da capacidade de audição	47
Tabela nº 12: Resultados da capacidade de visão	48
Tabela nº 13: Correlações entre os dados sócio – demográficos e profissionais e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados	49
Tabela nº 14: Correlações entre a “saúde dos seus pares” e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados	49
Tabela nº 15: Correlações entre os “hábitos de vida” e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados	50
Tabela nº 16: Correlações entre a instituição a que pertence e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico nº 1: Pirâmide etária representativa da população portuguesa, entre 1998 e 2008	6
Gráfico nº 2: Distribuição das pessoas a viver instituições de apoio social, segundo o grupo etário, Portugal e NUTS II, 2001	9
Gráfico nº 3: Histograma do tempo (em meses) na instituição	43
Gráfico nº 4: Resultados da auto-avaliação da saúde	45

SIGLAS E ABREVIATURAS

CLESA	Comparison of Longitudinal European Study on Aging
ESAP	European Survey on Aging Protocol
et al	Abreviatura de: “e outros”
EU	European Union
EXCELSA	Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMS	Mini Mental State
MSE	Mestrado em Saúde e Envelhecimento
Nº	Número
N	Número de casos
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de saúde
p.	Página
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life

“Amo as florestas. Amo-as em todas as estações. Na Primavera, frementes de vida. No Verão, quando ostentam a sua magnificência e dão sombra ao caminhante esgotado. No Outono, quando rebentam as cores e, ao mesmo tempo, começam a despir-se, permitindo desse modo que a tristeza feliz venha apertar-nos o coração. Enfim, no Inverno em que, quais esqueletos, os seus ramos estalam, imagens da morte marcando o fim sem que seja possível saber-se, nesse preciso momento, se haverá dia seguinte.”

Olievenstein

Estou encarecidamente grata:

- Professora Dra. Céu Mateus, Escola Nacional de Saúde Pública, por aceitar a orientação deste trabalho e pela sua disponibilidade e atenção face às minhas dúvidas e inseguranças;
- Prof.^a Dra. Amália Botelho e Prof.^a Dra. Ana Alexandre, pela coordenação deste Mestrado;
- A todos os responsáveis das instituições que colaboraram neste estudo, nomeadamente, Dra. Sílvia Marcelino, Dra. Teresa Sofia Pedro, Dra. Sónia Simões, Dra. Maria Alice Rodrigues, Enf.^a Cláudia Nogueira, Dra. Christina Sousa, Dra. Susana Duarte, Dra. Carla Ferreira, Dra. Ana Carvalho, D^a Amélia Silva e D^a Deolinda Carreira;
- Prof. Dr. António Fonseca, Universidade Católica Portuguesa do Porto, pela amabilidade em responder prontamente às minhas solicitações;
- Prof.^a Maria do Rosário Machado, Escola Superior de Saúde de Santarém, pelas orientações metodológicas;
- Enf.^a Ana Lúcia João, pelos momentos de partilha e ajuda no programa SPSS;
- Enf.^a Natália Vilela, por me compreender nos ajustes dos horários;
- Enf.^a Vera Bandola, e muito amiga, por me ajudar nos momentos de cansaço;
- À minha família, por todo o apoio e motivação, especialmente, à minha Mãe, ao meu Pai, à Magda e ao Manuel Maria;
- Aos meus amigos, especialmente à Aldina e à Carina.
- Às minhas colegas mestrandas, Paula Mano, Rita Martins, Solange Lopes, Cláudia Zolini e Rafaela Almeida.

Este trabalho é dedicado a todos os idosos
institucionalizados.

É também para ti, Manuel Maria.

0 – INTRODUÇÃO

O investimento no estudo da “Saúde e Envelhecimento” faz todo o sentido quando, no início do século XXI, a sociedade se depara com uma população envelhecida. Este panorama nacional português, e europeu, exige conhecimentos que sustentem intervenções e criem suportes que façam com que se entenda o que é realmente envelhecer abarcando a sua real complexidade.

“Envelhecer” é um processo inevitável e natural, inerente ao destino de um ser vivo, desde o seu nascimento até à morte.

O facto de um ser vivo envelhecer faz com que ocorram mudanças, ao longo do ciclo de vida e o ser humano não é excepção. Daí que ocorram alterações nas diversas dimensões que o compõem: biopsicossocioculturais.

Dada a caracterização actual da população mundial e nacional (portuguesa) e uma projecção, não muito longínqua, que indica um aumento considerável da população idosa, importa perceber a dinâmica e a concepção da pessoa idosa numa visão holística, onde a saúde ganha um lugar de destaque.

A saúde, não é só uma inquietude dos profissionais de saúde que trabalham com pessoas envelhecidas, mas é também um dos principais objectos de preocupação dos próprios idosos, uma vez que o aumento da sua fragilidade está marcado, existe uma diminuição da sua capacidade funcional e, por conseguinte, o aumento da sua dependência.

O cuidar ao ser humano fundamenta-se nos conhecimentos científicos sobre o processo de viver/envelhecer. Os conhecimentos que dão base ao cuidar das pessoas que envelhecem incluem o entendimento das necessidades, das adaptações e das mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida. É importante e prioritário saber quais as necessidades sentidas em cuidados face à doença e às perdas de funcionalidade e autonomia, daí ser tão relevante escutar a palavra das próprias pessoas que possuem a vivência de estar institucionalizadas.

Na mesma linha de pensamento, é de extrema pertinência aprofundar os conhecimentos nesta área, uma vez que os profissionais de saúde têm um papel bastante importante para que as pessoas vivam a sua velhice de forma feliz, equilibrada e consistente. Isto não só nos momentos onde a doença está presente, mas também quando a prevenção é fundamental, independentemente do seu contexto ambiental.

A percepção que a própria pessoa tem do seu estado de saúde, é um aspecto elementar a ter em conta na tomada de decisão no âmbito da intervenção em saúde. Isto quando se pretende ter uma melhoria da intervenção tendo em conta as

características das pessoas, grupos, ou comunidade, não obstante os contextos onde estão inseridas e as suas necessidades.

Com a realização deste trabalho espera-se contribuir para desmistificar o estereótipo de lar de idosos enquanto “gueto social” para pessoas idosas. Pretende-se também que os resultados deste estudo venham a contribuir para uma intervenção mais adequada dos profissionais de saúde que trabalham com as pessoas neste contexto, promovendo uma intervenção mais assertiva e congruente, no sentido de tornar a prestação de cuidados a pessoas idosas nas instituições mais individualizada e promotora da qualidade de vida.

É pertinente estudar os fenómenos relacionados com a saúde dentro deste tipo de instituições porque dada a expansão destes contextos sociais, em função das alterações demográficas e consequentes alterações sociais, é crucial reflectir e pensar nesta realidade como uma resposta aceitável e satisfatória para todos os intervenientes, quer para os próprios idosos, quer para a respectiva família e para a instituição.

Em suma, é importante ter em conta que os idosos de hoje são diferentes dos idosos das gerações anteriores e os futuros idosos terão outras especificidades em comparação com os idosos actuais, e é com base neste raciocínio que faz sentido investigar e investir no conhecimento directamente relacionado com a Gerontologia.

Este trabalho tem como objectivo geral: **Avaliar a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas**. Como objectivos específicos destacam-se os seguintes:

- Perceber se a caracterização sócio-demográfica (nomeadamente, a idade, o género, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, tempo na instituição, motivo de institucionalização e iniciativa do internamento) influenciam a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas;
- Conhecer a percepção do estado da saúde dos idosos institucionalizados, em relação à saúde dos seus pares institucionalizados (outras pessoas idosas, do mesmo género e da mesma idade);
- Conhecer a percepção do estado da saúde dos idosos institucionalizados em relação a hábitos de vida (nomeadamente hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos);
- Identificar se a presença de determinados colaboradores numa instituição (nomeadamente, Director Técnico, Assistente Operacional, Enfermeiro, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Nutrição e

Animador Sócio – Cultural) influencia a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Neste seguimento, surge a seguinte pergunta de partida: **Qual a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas?**

Este estudo divide-se em três partes. A primeira, designada por “Aspectos Conceptuais”, onde é apresentada informação teórica resultante da pesquisa bibliográfica efectuada, pertinente para sustentar todo o processo científico percorrido. Neste primeiro capítulo são abordados aspectos relacionados com “o envelhecimento da população portuguesa”, “o fenómeno da institucionalização do idoso”, “a saúde das pessoas idosas”, “a percepção do estado de saúde (dos idosos)” e “a qualidade de vida relacionada com a saúde”.

A segunda parte intitulada “Aspectos Metodológicos” engloba a informação relacionada com a parte empírica do estudo, é descrito o desenho de investigação com as respectivas justificações das opções metodológicas, segundo os autores. Este estudo é classificado como descritivo de nível I, correlacional, analítico, transversal e com uma abordagem metodológica quantitativa. Os dados recolhidos passam pela caracterização sócio demográfica da amostra e pela caracterização dos colaboradores das Instituições, assim como a aplicação do Mini Mental State (Folstein, Folsetein & McHugh - traduzida e validada para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia (2003)) e do Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico (Fonseca e Paul, 1999).

E finalmente, a terceira e última parte, denominada por “Aspectos empíricos”, que expõe os resultados obtidos através de estatística descritiva e estatística inferencial. Foi aplicado o teste de Spearman (não paramétrico) para determinar a existência, ou não, de relação entre as variáveis, analisando o coeficiente obtido.

I

ASPECTOS CONCEPTUAIS

1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

O envelhecimento da população portuguesa é um facto actual, ao qual não podemos ficar a assistir como meros espectadores. A sociedade assiste a esta mudança demográfica e tem que se adaptar às novas necessidades que surgem na população devido a esta circunstância.

A população está a envelhecer, a saúde das pessoas está a melhorar e a esperança de vida está a aumentar. Esta é uma tendência positiva à qual a sociedade precisa de se adaptar. (Ekholm, 2010)

Notoriamente, na última década (2000/2010) a atenção para esta alteração na demografia populacional tem sido alargada aos seus efeitos sociais, culturais, económicos e familiares. A variação substancial nos padrões demográficos da população portuguesa tem implicações em várias outras dimensões da vida nacional. (INE, 2005)

É pertinente perceber as mudanças que surgiram, e estimular a consciência colectiva, que o levantamento dos enquadramentos populacionais levam a um nítido envelhecimento demográfico, definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. “Entende-se por pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 65 anos.” (INE, 2002)

Em 2009, a população total residente em Portugal rondava cerca de 10,6 milhões de pessoas, em que 17,8% desta população tem 65 ou mais anos. (INE, 2009)

O envelhecimento demográfico é o resultado do declínio da fecundidade, espelhado na diminuição notória da taxa de natalidade, e do aumento da longevidade, a que se pode chamar de um duplo envelhecimento da população. A mudança nos indicadores referidos, reflectem alterações de comportamentos sociais, certamente relacionados com constrangimentos económicos e com mudanças dos padrões de estilos de vida. (INE, 2008)

Embora haja um aumento efectivo da população global portuguesa, mesmo que a uma taxa cada vez menor, isto deve-se principalmente a um aumento da taxa de crescimento migratório. (INE, 2008)

O continuado decréscimo da natalidade e o aumento da longevidade reflectem-se na alteração da estrutura etária da população, observável pela sobreposição das pirâmides etárias da população residente em Portugal nas duas últimas décadas: estreitamento da base da pirâmide – em consequência do declínio da natalidade observa-se uma menor proporção de jovens e, simultaneamente, ampliação do topo da pirâmide – em resultado do aumento da percentagem da população idosa, com 65 e mais anos de idade. (INE, 2007)



Gráfico nº 1: Pirâmide etária representativa da população portuguesa, entre 1998 e 2008 (INE, 2009)

Em termos da pirâmide etária é notória uma alteração na forma, com o estreitamento da base e o alargamento do topo. (INE, 2008)

É de referir que a dimensão e a intensidade do fenómeno do envelhecimento demográfico não são idênticas em todas as regiões do país. Os dados censitários (2001) indicam que as regiões autónomas e o Norte registaram as mais baixas proporções de população idosa, a situação inversa acontece nas regiões do Alentejo e do Centro, que constituem as áreas mais envelhecidas do país. (INE, 2002)

O índice de envelhecimento é um indicador que reflecte o nível de envelhecimento de uma população, em que é avaliada a relação existente entre o número de idosos (indivíduos com 65 anos ou mais) por cada 100 jovens (indivíduos com menos de 15 anos) de uma população. Desde 2000 que a dimensão do grupo de idosos é superior à do grupo de jovens, e a relação entre eles tem-se vindo a desequilibrar progressivamente. (INE, 2005) Em 2001, a proporção de idosos ultrapassou pela primeira vez a de jovens, sendo 103 idosos por cada 100 jovens. (INE, 2006) No que diz respeito ao índice de envelhecimento é de 115 actualmente, é de notar o incremento deste índice, visto que em 2006 era de 112 idosos por cada 100 jovens, em 2007 era de 114 por cada 100 jovens e em 2008 era de 115,5. (INE, 2009)

Pelo quadro seguinte consegue-se verificar detalhadamente o índice de envelhecimento pelas várias regiões de Portugal, cujo índice de envelhecimento mais baixo é referente à Região Autónoma dos Açores e o índice de envelhecimento mais alto é conferido à região do Alentejo.

	Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Índice de envelhecimento	115,48	99,34	147,17	108,12	172,88	123,54	66,15	73,63

Quadro nº 1 - Índices de Envelhecimento, Portugal e NUTS II, 2008 (INE, 2009)

Considerando o cenário base das projecções de população residente no horizonte 2010 – 2050, a situação do envelhecimento demográfico, ou seja o aumento da população idosa no total da população residente, irá aumentar, quase duplicando nos próximos 40 anos. Em 2050 atinge 32% de idosos contra 13 % de jovens e nesta altura o índice de envelhecimento situar-se-à em 243 idosos por cada 100 jovens. (INE, 2006)

O mesmo cenário acontece na Europa, segundo dados divulgados pelo *Eurostat* o índice de envelhecimento na União Europeia em 2050 será de 223 idosos, por cada 100 jovens. (INE, 2006)

É de referir que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. (INE, 2002)

É com base nestas mudanças demográficas que surgem novos contextos e novas realidades sociais, como é o caso da institucionalização dos idosos em lares, que assumem uma maior importância.

2 – O FENÓMENO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

A institucionalização do idoso é um fenómeno relativamente recente na nossa sociedade. O aparecimento deste *setting*, como recurso à prestação de cuidados aos mais velhos, deve-se ao facto do envelhecimento ganhar uma nova representação na sociedade actual.

Segundo Vaz (2008) “as representações sociais da velhice convocam o modo de incapacidade que se associa à dependência de terceiros. Nesta linha de pensamento surge a noção de lar ou institucionalização da dependência (...) encarado como uma alternativa da vida moderna à família”.

O índice de dependência de idosos, ou seja, o número de idosos (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) por cada 100 indivíduos em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade) é um indicador estatístico que nos indica que a dependência tem crescido nos últimos tempos, pelo que em 2007 era de 25,9 e em 2008 foi de 26,3. (INE, 2009). O quadro nº 2 apresenta informação pertinente neste âmbito, e mais detalhada ao nível da realidade portuguesa, onde é notório que o índice de dependência de idosos é mais elevado na região Centro e Alentejo.

	Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Índice de dependência total	49,05	45,13	52,52	49,77	56,97	52,44	45,30	44,29
Índice de dependência de jovens	22,76	22,64	21,25	23,92	20,88	23,46	27,27	25,51
Índice de dependência de idosos	26,29	22,49	31,27	25,86	36,09	28,98	18,04	18,78

Quadro nº 2: Índices de Dependência, Portugal e NUTS II, 2008 (INE, 2009)

É com o agravamento da dependência do idoso que outras consequências se revelam, como a exaustão dos cuidadores familiares, o isolamento, situações graves de doença, entre outras, e o remeter o idoso para uma instituição torna-se na maioria dos casos a única solução viável.

Contextualizando o aparecimento destas estruturas, enquanto resposta social, Fernandes (1997) refere que “até meados da década de setenta, Portugal não sentia ainda os efeitos do envelhecimento demográfico (...). Na medida em que eram escassas as pessoas que alcançavam uma idade avançada e, como tal, as preocupações em torno da velhice não elegiam preocupação nem dificuldade. Moura (2006) complementa que “antes desta mudança o apoio às pessoas idosas era garantido pela solidariedade familiar ou pela caridade de particulares ou instituições religiosas”.

O conjunto de dificuldades da pessoa que envelhece, onde sobressaem a deterioração progressiva e a perda da capacidade funcional, leva frequentemente ao recurso institucional, como é o exemplo de lares para pessoas idosas.

Segundo Bonfim et al (1996) lar para idosos “constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia.” Dos vários tipos de objectivos deste tipo de instituições ressalta o seguinte: “Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes.”

No nosso país, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos) Este grupo é maioritariamente constituído por mulheres (69%) e 85% dos residentes têm mais de 85 anos de idade (INE, 2002)

Em Portugal, a “institucionalização da velhice” surge como uma alternativa em expansão, que se sobrepõe à institucionalização das pessoas noutras faixas etárias, como se pode observar no gráfico nº 2, o que se traduz em 76,8% a proporção de idosos institucionalizados, isto no total da população a residir em instituições. (INE, 2002).

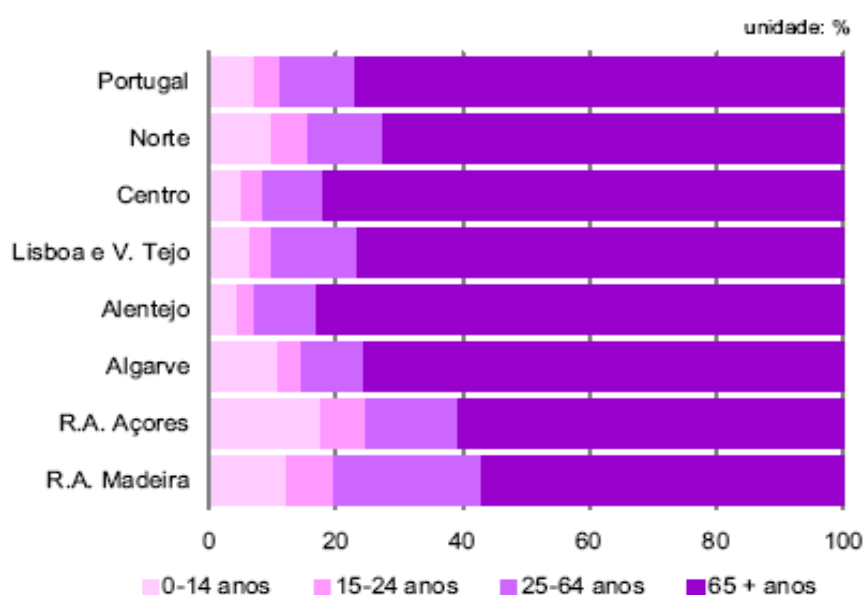


Gráfico nº 2: Distribuição das pessoas a viver instituições de apoio social, segundo o grupo etário, Portugal e NUTS II, 2001 (INE, 2002)

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre as questões inerentes, como a reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, os estatutos dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e saúde, entre outros. (INE, 2002)

Segundo Pacolet (1998), numa dimensão europeia, os estados membros localizados mais a norte (como Bélgica, Dinamarca, Holanda, França, Luxemburgo e Reino Unido) continuam a estar mais desenvolvidos em termos de resposta social tipo Lar do que em cuidados comunitários. Segundo o mesmo autor (Pacolet, 1998), nos países a sul da Europa (como Grécia, Itália, Espanha e Portugal) a institucionalização é considerada um tipo de resposta escassa, isto porque são países que ainda envolvem bastante a família na prestação de cuidados aos mais velhos.

Este fenómeno é, de todo, o mais dispendioso, o mais traumatizante e o menos favorável à vivência da última fase da vida de maneira saudável e activa, no entanto, é considerada, por ordem decrescente a terceira resposta social com mais peso (20%) entre as várias valências, reconhecidas pela Segurança Social. (Jacob, 2001)

A institucionalização da pessoa idosa é sempre um processo complexo e doloroso para a própria pessoa, e a sua família. Há forçosamente um corte com as rotinas, hábitos, valores sentimentais e materiais, em que é feita uma nova readaptação ao contexto, às rotinas e às pessoas. É o contexto social que envolve o indivíduo que afecta de grosso modo os seus comportamentos e a sua percepção perante o meio que o rodeia.

Existem estudos que nos demonstram este facto, designadamente Moss (2003) que investigou a influência de contextos sociais traumáticos com o intuito de usar o conhecimento científico para construir modelos comunitários a fim de assegurar melhores alternativas no futuro. Para o autor, qualquer aspecto do contexto de vida pode ter uma influência limitada num indivíduo, mas o efeito acumulado de *stressores* e os recursos sociais em muitos domínios pode ser muito extenso, o local onde se vive é considerado um *stressor* de vida, há que minimizar os seus efeitos. (Moss, 2003)

O estudo desenvolvido por Cordeiro (2001) apela para um processo de adaptação dramático e sofrido que exige que as instituições ofereçam qualidade a vários níveis para minimizar esta questão.

Tendo em conta princípios gerontológicos, os contextos familiares e as relações intergeracionais, Luciano (2004) estudou as expectativas dos idosos em relação à institucionalização. Neste estudo é notório que as pessoas idosas se sentem rejeitadas e excluídas da sociedade, em que se assume uma tendência generalizada para desvalorizar papéis e estatutos sociais, estando cada vez mais sujeitos a contingências de ordem social, económica, política e interpessoal. As instituições são uma alternativa social possível e com alguma capacidade de resposta para os mais velhos. Mas, esta resposta é caracterizada por possuir falhas e lacunas que vêm trazer aos residentes a não qualidade de vida e a dignidade que merecem e têm direito.

Santos (2006) investigou sobre a satisfação dos idosos com a institucionalização considerando a análise dos factores que condicionam a vida da pessoa idosa internada numa instituição. Em semelhança aos estudos abordados anteriormente remete-nos para a concepção de que a institucionalização não consegue abarcar na totalidade as necessidades das pessoas que aí residem, uma vez que podem possuir óptimos recursos materiais e humanos, mas como implicam sempre o desenraizamento e perda de autonomia da pessoa idosa, vai existir (nem que seja mínima) uma lacuna entre os laços familiares e sociais até aí construídos.

Como norteia o “Manual de Boas Práticas – Guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas” (2005) é fundamental que nas instituições impere uma actuação humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os residentes são o centro de toda a actuação e que o meio familiar e social de que cada um provem é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado o apoio às pessoas idosas, de acordo com os seus desejos e interesses.

Assim, as rotinas e as normas de uma instituição devem ser concebidas e orientadas segundo as necessidades e as vontades das pessoas que nelas residem, e quando se fala da saúde destas pessoas esta noção não pode ser descurada. Afinal, são estes os agentes centrais de todo o processo da prestação de cuidados.

Moniz (2003) reforça esta ideia ao afirmar que “importa desenvolver formas inovadoras, condignas e flexíveis para responder às reais necessidades de saúde das pessoas idosas, não esquecendo a sua heterogeneidade.”

Uma vez que a missão deste tipo de instituição assenta na prestação de cuidados globais, esta intervenção deve assentar em princípios éticos, tais como: a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolha, a liberdade, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade, a participação.

Assim, todos os valores e princípios têm expressão na concretização dos direitos dos residentes, a destacar nomeadamente: o direito à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade, direito à liberdade de expressão, direito à liberdade religiosa, direito a uma vida afectiva, sexual e social, direito à autonomia e gestão do próprio património, direitos aos cuidados que necessita de forma competente, humana e atempada.

Tendo em conta os valores e os princípios que regem a intervenção nestes contextos, apraz referir o quão importante é dar a palavra às pessoas que aqui se encontram a residir. Tal como refere Charpentier (2005) a pertinência de dar a palavra aos residentes surge com a legitimidade de reconhecer as suas expressões, o que implica

ter em conta a sua subjectividade, a sua vontade e a construção da sua vida quotidiana, não obstante da capacitação e do poder de agir sobre si mesmo.

Ouvir os residentes de uma instituição é uma capacidade que se vai trabalhando diariamente e que vem enriquecer e fortalecer as relações empáticas e de confiança entre a pessoa idosa e o profissional de saúde, de maneira a que os cuidados prestados se tornam mais autênticos, humanizados e diferenciados.

Ennuyer (2002) alega que com a formação para cuidar pretende-se promover a profissionalização e a qualificação da intervenção, valorizando o desenvolvimento de capacidades de escuta, de empatia, assente em princípios éticos de respeito pelo outro, numa filosofia de intervenção em que o cuidar integra a procura de sentido para a acção, latente ou expressa pelos que intervêm e cuidam. Esta questão é tanto mais estruturante quanto mais tiver em conta que, através desse cuidar, o outro procura também o sentido para a sua vida, o valor que lhe é reconhecido e os laços que porventura lhe faltam.

Há uma forte evidência empírica que apoia a influência dos factores ambientais e sociais na saúde e no comportamento dos idosos institucionalizados, por tal há que fornecer evidências para apoiar mudanças positivas nas instituições residenciais, para contribuir para a promoção da saúde e bem-estar dos idosos a viver nestas condições. (Fernandez-Ballesteros, 1998)

Os estudos mostram que é possível desenvolver medidas que atendam às necessidades da população idosa e aos cuidados que esta exige. Estas medidas passam por investir em melhorar a saúde e a capacidade funcional, aumentando a cobertura e a acessibilidade aos cuidados de saúde, com base na investigação neste âmbito. (Ekholm, 2010)

É compreendendo a circunstância que envolve a pessoa que se encontra no papel de residente de um lar de idosos, nomeadamente no que diz respeito à percepção da sua saúde, que é possível adaptar a intervenção com base nas necessidades e expectativas de cada um, onde impere a apropriação ao contexto físico e social no sentido de uma velhice bem sucedida e do próprio bem-estar dos idosos.

3 – A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS

O campo da saúde é uma área onde a intervenção tem uma carga de carácter prioritário. Como refere Fernandes (2005) “é necessário dar mais atenção aos nossos velhos, conhecer melhor as suas dificuldades e aspirações para promover mais o bem-estar”.

Antes de entrarmos no âmbito da saúde do idoso é fundamental apresentar o conceito de saúde em si. A definição deste conceito é de extrema complexidade dada a carga subjectiva que comporta. Desde cedo se têm feito tentativas da descrição deste conceito, sendo notória uma evolução para compreender a saúde como mais que a ausência de doença.

A OMS (2009) define saúde como "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade."

Reportando às três últimas décadas têm sido feitas abordagens, por parte de investigadores, no sentido de se perceber quais as tendências das dimensões da saúde. Brugge & Jette (1978) citado por Crimmins (2004) apresentam uma visão americana das dimensões da saúde, em que qualquer uma delas afecta a saúde global quando alterada. Assim, foi apresentada uma representação do processo de mudança de saúde de uma população: começam por existir factores de risco; que podem levar a doenças/condicionamentos/prejuízos de saúde; tais como perda funcional e dependência; chegando a um extremo que é a morte. Para a população idosa esta teoria é modificada uma vez que não precisa de passar por todas as fases da deterioração da saúde. (Crimmins, 2004)

O'Donnel citado por Cordeiro (1999) defende que a saúde abrange cinco dimensões, cada uma incluindo várias áreas que devem coexistir equilibradamente, a saber:

- Saúde emocional: relacionada com gestão do stress e cuidados com crises emocionais;
- Saúde social: relacionada com a interacção entre amigos, família e a comunidade;
- Saúde intelectual: abrange a educação, desenvolvimento da carreira e a realização intelectual;
- Saúde espiritual: envolve aspectos como o amor, a esperança, os objectivos de vida;
- Saúde física: que tem a ver com a alimentação, os cuidados médicos e o controlo e abuso de substâncias.

Cordeiro (1999) refere ainda que o estado de saúde depende de tudo menos da idade cronológica, relacionando-se mais com o ciclo de vida, porque está sujeito à

percepção pessoal e subjectiva que cada um tem da sua saúde. Por outro lado, segundo o mesmo autor, há correntes que defendem que há associação entre saúde e a idade cronológica.

No entanto, a “idade” surge com frequência no discurso dos idosos, como factor explicativo/determinante da saúde – doença, e como as expectativas a esse nível entram por vezes em linha de conta na auto-avaliação da saúde. (Almeida, 2009)

Como refere Squire (2005) sempre houve uma associação bem determinada entre a idade cronológica e a saúde em que é visível uma deterioração gradual da saúde, um aumento de doenças e incapacidades e maiores exigências com os cuidados sociais e de saúde. Contudo, graças à investigação e à mudança de mentalidades numa perspectiva de envelhecimento activo, estes estereótipos tendem a ser minimizados.

O mesmo autor (Squire, 2005) refere que a saúde actual de uma pessoa é influenciada por aspectos pessoais, psicológicos, fisiológicos e sociais, nomeadamente: experiências do passado, educação, estado psicológico, estatuto económico, contactos sociais, condições habitacionais, capacidade física e independência, atitudes e crenças.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 53,4% da população residente em Portugal avaliava o seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom” (sendo a avaliação dos homens mais favorável que a das mulheres). Verificou-se que a partir dos 45 anos a maioria das pessoas já não avalia a sua saúde como “muito boa” ou “boa”, verificando-se um decréscimo entre grupos etários. Em contrapartida, o peso da avaliação “mau” ou “muito mau” era claramente crescente para as classes etárias mais avançadas. (Vintém, 2008)

Os inquéritos de saúde privilegiam este indicador global sobre a saúde das populações, atribuindo-lhe, contudo, as reservas do carácter de subjectividade que o enferma, mas restituindo-lhe legitimidade pela importância que detém o bem-estar traduzido desta forma pelos próprios quando avaliam a sua saúde. (Fernandes, 2007)

É importante conhecer como as pessoas idosas percebem a sua própria saúde, porque esta concepção vem influenciar a vivência do seu quotidiano, de maneira a que se possa canalizar as directrizes dos cuidados prestados.

Segundo Blanco (2007) “o próprio idoso pode ter uma fraca consciência sobre o seu nível de saúde interpretando mal os sintomas que atribui ao processo de envelhecimento, ou por temer uma hospitalização que poderá significar uma perda de independência e de poder de decisão.”

Segundo Díaz (2007) “Na velhice, factos triviais podem desencadear a descompensação de um estado de saúde ao alterarem o equilíbrio em que o idoso se encontrava (...) a saúde do idoso não pode ser vista com a ideia simplista de ausência

de doença, mas como um estado óptimo, nos sentidos físico e psicológico, com que enfrenta as situações da vida diária.”

Quando se fala de envelhecimento e saúde não se pode descurar o conceito de fragilidade, porque se isto acontecer entra-se numa grande lacuna da percepção do idoso, num ponto de vista fisiológico e patológico. Deste modo, Costa (2006) afirma que os idosos são um grupo populacional bastante consumidor de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar actual e na especificidade dos problemas que os caracterizam.

Tal como refere Fernandes (2005) “é preciso que as pessoas se sintam mais seguras e menos inquietas quanto à sua saúde, quando a saúde já é pouca”. Daí ser tão pertinente e tão importante dar mais atenção aos velhos promovendo o seu bem-estar, conhecendo o que eles próprios vêem da sua saúde.

4 – PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE (DOS IDOSOS)

A palavra *percepção* deriva do latim *perceptiōne* e tem o seguinte significado: “acto ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objectos ou acontecimentos exteriores; os resultados ou dados da percepção; percepto; recebimento; receita; acção de conhecer, pela consciência, independentemente dos sentidos; acção de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independente dos sentidos.” (Costa e Sampaio, 1999)

Cada indivíduo possui capacidade para avaliar de forma consciente o seu estado de saúde. Embora esta mensuração tenha o seu cariz subjectivo é de real interesse quando se pretende abordar a percepção de si mesmo em relação à saúde.

A auto-percepção do estado de saúde (muitas vezes também designado por auto-avaliação do estado de saúde ou auto-apreciação do estado de saúde), enquanto indicador subjectivo, complementa indicadores mais objectivos como a mortalidade e a morbilidade. À auto-percepção do estado de saúde é reconhecida, assim, grande importância como indicador do estado de saúde das pessoas porque mede a percepção subjectiva do estado físico e mental, é independente das interpretações dos sintomas e é também um importante preditor da mortalidade, bem como da utilização dos serviços de saúde. (Vintém, 2008)

A importância de analisar a percepção que as pessoas têm da sua saúde tem se destacado no âmbito da investigação, uma vez que permite indubitavelmente uma melhor concepção das reais necessidades das pessoas e, por conseguinte, uma intervenção por parte dos profissionais de saúde mais assertiva.

A medição da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida é cada vez mais utilizada na investigação e na prática clínica, por vezes integrada em avaliações económicas, para permitir determinar a efectividade de intervenções de cuidados de saúde e, por conseguinte, na prestação de cuidados. (Ferreira e Ferreira, 2006)

A percepção do estado de saúde de cada indivíduo tem o seu valor próprio, contudo a interpretação dos resultados pode ser analisada numa extensão mais ampla, numa dimensão de grupo com características semelhantes, permitindo assim efectuar relações. Medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condicionantes de saúde, às áreas geográficas, às condições sociais, a condições económicas, ou ainda relativas ao género e à idade. (Ferreira e Santana, 2003)

A idade é um factor a ter em conta, uma vez que o estado de saúde apercebido e as limitações físicas se modificam com a idade. Segundo Hemingway citado por Ferreira e Santana (2003) o decréscimo da saúde com a idade não é uniforme.

De uma forma geral a literatura revela-nos que as mulheres apresentam maiores taxas de morbilidade e menores *scores* na percepção da sua saúde, a percepção em geral da saúde declina com a idade e as classes de menores rendimentos também representam pontuações mais baixas. (Ferreira e Santana, 2003)

O estudo EXCELSA (2001), na sua dimensão europeia, foi levado a cabo em Portugal num grupo de 96 sujeitos portugueses (com idades compreendidas entre os 30 e os 85 anos, a residir nas suas casas), declara que existe variação do julgamento da saúde com a escolaridade e com o local de residência, para além de que existe uma avaliação mais positiva da respectiva saúde pelos indivíduos com escolaridade mais elevada e a maioria dos indicadores mostra mudanças negativas claras com a idade. (Paul et al, 2001)

Através do estudo EXCELSA chegou-se a dados interessantes em relação às variações significativas dos índices de envelhecimento bem sucedido dos portugueses idosos, em função da auto-avaliação de saúde efectuada pelos próprios. Assim, é confirmado que os mais velhos avaliam mais positivamente a sua saúde do que os mais novos. Este índice é composto por três questões, entre as quais, as que comparam a saúde do inquirido com a do seu grupo etário e género, o que pode indicar que os idosos autónomos se avaliam positivamente face a expectativas e estereótipos sociais que constroem uma imagem muito negativa da velhice. (Paul et al, 2001)

Importa salientar que o envelhecimento bem sucedido pode ser compreendido através do modelo de selecção, optimização e compensação, mecanismos de adaptação interactivos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas. (Baltes, Staundinger & Lindenberger citado por Gonçalves et al, 2006)

O “Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa”, desenvolvido por Oliveira et al (2008) fornece dados pertinentes a respeito da percepção do estado da saúde dos idosos portugueses. Neste estudo, foram incluídos vários aspectos para definir o perfil do envelhecimento da população portuguesa, dos quais, a percepção do estado de saúde, sendo a percepção do estado da saúde relacionada com a idade, o género e a região do país. Os dados obtidos consistem no seguinte:

- Os indivíduos mais idosos, comparativamente com os mais novos, apresentavam uma associação significativa com maior percentagem de situações desfavoráveis quanto à percepção do seu estado de saúde;
- A percepção da saúde estava estatisticamente associada ao género dos indivíduos, sendo que os indivíduos do sexo feminino apresentam maior percentagem de casos desfavoráveis no score da saúde, principalmente na auto-avaliação da saúde;

- Existe relação entre a percepção do estado da saúde e a região do país, em que foi visível um registo mais elevado de indivíduos com situação desfavorável para a Região Centro, e a Região da Lezíria e Vale do Tejo apresenta um número mais baixo de indivíduos com situação desfavorável face à percepção do seu estado de saúde.

Em relação à percepção de saúde de pessoas idosas institucionalizadas não foram encontrados estudos que abordem esta questão especificamente. Foram encontrados diversos estudos que reportam a percepção do estado de saúde mas em diversos contextos, com indivíduos em diferentes fases do ciclo de vida e com características muito específicas (como a idade, o género, e/ou patologias associadas) e relacionadas com outras variáveis.

5 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

O termo “qualidade de vida” surgiu a meados do século XIX, mais precisamente no seio económico e político dos Estados Unidos.

A definição deste conceito é complexa, ampla e ambígua dada a sua variação de cultura para cultura, de época para época, até mesmo para o mesmo indivíduo pode ter alterações em função do tempo. Assim, a qualidade de vida está relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros e com o ambiente que o rodeia, deve ser avaliada segundo critérios bem definidos, envolvidos pelas dimensões biológica, psicológica, cultural e económica, ou seja, numa perspectiva multidimensional.

A definição de qualidade de vida foi a primeira preocupação do WHOQOL Group (1995). Logo nos primeiros documentos do Grupo, qualidade de vida surge definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição explícita uma concepção abrangente de qualidade de vida, influenciada de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos do meio envolvente em que o indivíduo está inserido (WHOQOL Group, 1995).

Para Ribeiro (2007) a qualidade de vida deve ser vista como um constructo multidimensional, que tem adjacente alguns pressupostos, tais como, a qualidade de vida não é ausência de doença, manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, é uma configuração do bem-estar, é uma dimensão auto-percebida, abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais, em suma, é um processo dinâmico.

Actualmente há uma tendência para definir qualidade de vida com base nos pressupostos anteriores, mas com associação de outros aspectos específicos associados a características de determinados grupos de indivíduos, como por exemplo, indivíduos com uma determinada patologia ou com determinada idade.

Existem dois grandes tipos de qualidade de vida, que se complementam entre si, tais como, a qualidade de vida não relacionada com a saúde e a qualidade de vida relacionada com a saúde. (Pimentel, 2006)

A qualidade de vida não relacionada com a saúde tem um significado mais genérico envolvendo os domínios: pessoal – interno, pessoal – social, externo – meio envolvente e externo social. (Spilker e Revicki, 1996)

A qualidade de vida relacionada com a saúde é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo e pode ser definida de uma forma mais simples, como constituída pelos componentes que representam parte da qualidade de vida relacionada com a saúde,

devendo abranger os seguintes aspectos, que se influenciam mutuamente: sintomas produzidos por uma doença ou tratamento, funcionalidade física, aspectos psicológicos, aspectos sociais, familiares, laborais e económicos. (Patrick e Bergner, 1990)

Para Secchi e Strepparava (2001) a qualidade de vida relacionada com a saúde é um construto multidimensional influenciado pelo tipo de personalidade da pessoa e os seus aspectos cognitivos; é um constructo subjectivo, dinâmico, que muda ao longo do tempo.

Na avaliação da qualidade de vida global a percepção individual do estado geral de saúde é o mais importante em relação a todas as outras vivências. (Campbell, 1981)

A percepção individual do estado de saúde e o bem-estar geral era o factor mais importante de todos os factores preditivos de satisfação com o estado de saúde e bem-estar geral. (Michalos e Zumbo, 2000)

Existem estudos que aprofundaram o conhecimento sobre a qualidade de vida relacionada com a idade, nomeadamente um estudo levado a cabo por um grupo da Universidade da Califórnia, em 1990, cujo objectivo foi medir a qualidade de vida em idosos frágeis. Neste estudo chegou-se ao consenso dos onze factores que prejudicam a qualidade de vida dos idosos, a saber: o estado da saúde, a função física, a energia e a vitalidade, a função cognitiva e emocional, a satisfação com a vida e o sentimento de bem-estar, a função sexual, a função social, a recreação e o nível económico. (Júnior, 1999)

Mota e Carvalho (1999) realça que é importante conhecer o processo de envelhecimento de forma a compreender e a determinar estratégias que diminuam os resultados da senescência, de tal modo que seja possível assegurar uma vivência autónoma e qualitativamente positiva no final do ciclo de vida, dado que a qualidade de vida é dependente da saúde física, do bem-estar psicológico e da satisfação social e espiritual.

Em Portugal, Paul e Fonseca et al (2005) fazem um retrato dos idosos portugueses quanto à qualidade de vida, em que declaram que 27% dos idosos apresentam uma qualidade de vida “boa/muito boa”, 41% classifica-a como “nem boa/nem má” e 32% como “má/muito má”. Neste estudo, ressaltou-se que a saúde, a participação e a autonomia são critérios essenciais para a determinação de qualidade de vida associada ao envelhecimento.

Martins (2004) desenvolveu um estudo epidemiológico transversal em Portugal, mais concretamente na região de Viseu, de onde se extraem as seguintes conclusões pertinentes neste âmbito: os idosos residentes no domicílio apresentam qualidade de vida superior aos idosos institucionalizados; quanto menor é a idade melhor é a

qualidade de vida; os idosos que percebem melhores níveis de saúde, maior apoio social e melhor funcionalidade familiar têm uma qualidade de vida mais elevada.

No estudo levado a cabo por Almeida (2009) foi possível reunir elementos de apoio à fundamentação de medidas e políticas promotoras da saúde e bem-estar das pessoas com 65 e mais anos em Portugal. Tendo em conta os dados obtidos de caracterização da situação de saúde em Portugal é de destacar que a saúde e a qualidade de vida dos portugueses com 65 e mais anos apresenta múltiplas fragilidades – nomeadamente em comparação com os resultados observados noutros países da Europa (EU - 15), tanto em termos de morbilidade, como de esperança de vida, ou esperança de saúde, auto-avaliação global da saúde e bem-estar. É de referir que em Portugal, nesta faixa etária, as desigualdades de saúde entre grupos sociais são uma realidade de relevo, associada a factores como: rendimentos, escolaridade, local de residência, género, entre outros. (Almeida, 2009)

Numa dimensão europeia o estudo da qualidade de vida na população mais velha também é alvo de investigação, onde a relação desta variável com o estado de saúde dos indivíduos é notória.

Dado existir pouca informação sobre o estado de saúde, capacidade física e cognitiva em idosos foi criada a base de dados CLESA (Comparison of Longitudinal European Study on Aging), que agrega, estudos levados a cabo em cinco países da Europa (tais como: Finlândia, Itália, Países Baixos, Suécia e Espanha) e Israel. Um dos objectivos deste projecto de investigação prende-se com a comparação de determinantes de saúde e da qualidade de vida das pessoas idosas nos países europeus, quer em contexto institucional, quer na comunidade. (Minicuci et al, 2004) Neste estudo, é notório que os indivíduos de um determinado país têm “tendências de saúde” diferentes de outros com outras características. Então, pode-se extrapolar que o apoio social e familiar afectam um bom estado de saúde na velhice de uma população. (Minicuci et al, 2004)

É pertinente falar de qualidade de vida relacionada com a saúde, dado que a avaliação deste parâmetro é um dos grandes objectivos da medicina actual. Por vezes, a qualidade de vida relacionada com a saúde surge como sinónimo de estado de saúde numa concepção subjectiva, feita pelo próprio indivíduo em que contempla os aspectos positivos e negativos do seu bem-estar, dos seus hábitos de vida, da sua saúde física e mental. (Bowling, 1997)

II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Sendo a investigação científica um processo sistemático que visa fornecer informação para resolver um problema ou dar resposta a questões complexas, é fundamental que os aspectos metodológicos estejam rigorosamente bem definidos, para que se alcancem os objectivos traçados de forma precisa e exacta.

Na investigação é fundamental definir o caminho que se pretende percorrer, só assim se conseguem atingir as metas delineadas, de modo a que este percurso seja sinónimo de aprendizagem, em que o resultado final contribua para o conhecimento científico.

Neste desenho de investigação são expostas informações relativas ao problema e interesse do estudo, tipo de estudo, plano de investigação, meio, amostra e população alvo, instrumentos de colheita de dados, pré-teste, variáveis, definição das hipóteses e delineação do processo de recolha e tratamento dos dados.

1.1 – Problema e interesse do estudo

Este estudo tem como objectivo geral avaliar a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Este fenómeno é alvo de interesse para estudar devido aos seguintes aspectos:

- É evidente o aumento do índice de envelhecimento na população portuguesa e há que minimizar as suas consequências inevitáveis em termos sociais, culturais e económicos;
- A institucionalização dos idosos é um facto relativamente recente, mas controverso, se por um lado é uma necessidade social, por outro lado poderá constituir num processo doloroso para quem o vivencia: o próprio indivíduo e a sua família. O conceito “institucionalização” deve ser simplificado no sentido de melhorias construtivas;
- A saúde dos idosos é uma área digna de consideração, especialmente pelos profissionais de saúde que diariamente trabalham com pessoas neste estadió do ciclo de vida;
- É importante escutar as próprias pessoas que vivem as suas realidades nos respectivos contextos, e conhecer a sua percepção de saúde torna-se uma mais valia;
- No fundo, o conhecimento do estado de saúde das pessoas idosas é fundamental para promover a sua qualidade de vida e bem-estar.

1.2 – Tipo de Estudo

Este estudo é classificado como descritivo de nível I, correlacional, analítico, transversal e com uma abordagem metodológica quantitativa.

É de carácter descritivo uma vez que tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno. (Gil, 1999) Parafraseando o que nos diz Fortin (2003), um estudo descritivo contempla dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto, com o intuito de obter mais informações relativas a estes fenómenos. Neste caso específico, pretende-se descrever um fenómeno, referente a uma determinada população, mais propriamente a percepção do estado da saúde de pessoas idosas institucionalizadas.

Classifica-se como estudo de nível I de conhecimento uma vez que, segundo Fortin, (2003) a exploração e a descrição de fenómenos podem ser efectuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação. É através da questão de investigação que se tem uma linha orientadora para a determinação do nível de conhecimento. Este estudo enquadra-se nesta denominação uma vez que o que se pretende estudar recai sobre “a percepção” que cada indivíduo tem de si mesmo.

Denomina-se como um estudo correlacional porque, parafraseando Fortin (2003) num estudo deste tipo são exploradas e identificadas a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações. A autora refere ainda a existência de uma categoria de estudos “descritivo-correlacionais” em que o principal objectivo é a descoberta de factores ligados a um fenómeno e têm a vantagem de considerar várias variáveis em simultâneo com vista a explorar as suas relações.

Possui uma componente analítica, porque a partir de um conjunto de definições é permitido obter resultados, recorrendo ao raciocínio dedutivo, através de atributos mensuráveis assentes na fundamentação teórica, para posterior tratamento estatístico. (Polit e Hungler, 1995)

Este estudo considera-se transversal porque se pretende recolher informação acerca dos aspectos que incorporam os conteúdos em estudo, num determinado período de tempo, o que significa que tem validade no momento em que está a ser efectuado (Fortin, 2003). Pretende-se desta forma, avaliar os resultados actuais que ilustrem a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

É uma abordagem quantitativa uma vez que o estudo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, espelhando-se num método que leva a resultados que devem ser o menos enviesado possível. (Fortin, 2003)

1.3 – Plano de investigação

O delineamento da pesquisa inclui decisões por parte do investigador que deve obedecer a regras que trazem ao processo de investigação rigor, coerência e uniformidade da informação.

Primeiramente fez-se pesquisa bibliográfica da informação científica pertinente relacionada com o objecto de estudo, no sentido de se construir um referencial teórico sustentável. Foram desenvolvidas pesquisas em bibliotecas de Escolas de Ensino Superior (Escola Nacional de Saúde Pública e Escola Superior de Saúde de Santarém), na Biblioteca Nacional de Portugal e também com recurso a informação disponível na Internet. Dentro da pesquisa efectuada foi feito o levantamento das escalas que poderiam ser adequadas ao tipo de estudo que se pretende fazer. Foi premissa que as escalas seleccionadas estivessem devidamente validadas e traduzidas para a população portuguesa e com a devida autorização de utilização pelo(s) autor(es) (ver Anexo VII), ou já publicadas.

A colheita de dados foi organizada em duas fases, a primeira que exigiu o contacto com os responsáveis de cada instituição onde se recolheram dados relacionados com a caracterização da população - alvo residente nos lares de idosos e com a caracterização dos colaboradores da respectiva instituição. A segunda fase passa pela recolha dos dados juntos dos residentes dos lares de idoso, em que se aplicam os questionários seleccionados.

Há que salvaguardar que em todo o processo se teve em conta os aspectos formais, éticos e morais que uma investigação exige. A ter em conta os seguintes protocolos efectivados:

- Envio de carta registada com aviso de recepção a todos os responsáveis de cada instituição (ver Anexo I);
- Recepção de documento escrito, via e-mail ou postal, com a confirmação da autorização do estudo. Todas as respostas foram enviadas via e-mail, há excepção de duas instituições que não se mostraram receptivos à participação no estudo;
- Todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo, com a apresentação de uma carta explicativa do estudo, e respectivo consentimento assinado (ver Anexo III);
- Para que o anonimato e a confidencialidade dos participantes estejam garantidos, não há identificação dos questionários com os respectivos nomes dos participantes.

Os dados obtidos serão devidamente tratados em base de dados informatizada e, posteriormente analisados.

1.4 – Meio

O meio é a circunstância onde a população em estudo está inserida. Este exerce uma poderosa influência sobre as emoções e comportamento das pessoas, daí que na elaboração de uma pesquisa os investigadores necessitam prestar atenção ao contexto ambiental em que está sendo conduzido o estudo. (Fortin, 2003)

Neste estudo concreto a população que se pretende estudar, está contida em meio natural.

O meio onde se desenvolverá este estudo será em instituições denominadas por “lares de idosos”, enquanto resposta social, em que os indivíduos idosos permanecem na instituição numa lógica de alojamento colectivo definitivo.

As instituições que darão alçada a este estudo são aquelas que se enquadram nos seguintes requisitos:

- Conferir alojamento colectivo aos seus residentes, de cariz definitivo;
- Estar localizado no concelho de Santarém, independentemente do tipo de natureza jurídica. No concelho de Santarém existe uma instituição de carácter público, sete de carácter privado e três Institutos Privados de Solidariedade Social;
- Possuir alvará de funcionamento actualizado, segundo o Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Santarém.

Estes requisitos foram definidos tendo em conta os critérios de legalidade para as instituições do género, o que se parte do princípio que são providas de condições físicas, ecológicas e ambientais, e também de recursos humanos e materiais, para manter as pessoas a residir permanentemente com as devidas condições.

O facto de se delimitar o concelho de Santarém, como área geográfica de localização das instituições para o estudo, foi meramente por motivos de conveniência não obstante ser esta área geográfica uma das mais envelhecidas a nível nacional, como confirma o índice de envelhecimento para esta região em 2008 (ver quadro nº 2).

Todas as instituições que reúnem as condições anteriormente definidas foram previamente contactadas via telefónica, no sentido de dar a conhecer a realização do estudo. Posteriormente, foi enviada uma carta registada com aviso de recepção, a solicitar a autorização para colher dados para o estudo. (ver Anexo I)

De todas as instituições apenas duas não responderam positivamente ao pedido de autorização para realizar o estudo, o que exclui os seus residentes do estudo. As restantes enviaram um e-mail com a informação que permitem que se efectue a recolha de dados junto dos seus residentes.

1.5 – População alvo e amostra

A identificação da população de uma forma clara e objectiva é imprescindível, embora possa parecer demasiado óbvia em muitas circunstâncias é fundamental que as suas características estejam bem definidas. (Reis et al, 2000)

A constituição da população alvo passa por incluir as pessoas que residem nos lares de idosos descritos anteriormente, em que:

- Tenham mais de 65 anos;
“Entende-se por pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 65 anos.”
(INE, 2002)
- Aceitem participar no estudo deliberadamente (consentimento assinado) (ver Anexo III);
Segundo Fortin (2003), qualquer investigação efectuada sobre e com seres humanos levanta questões éticas e morais, portanto o consentimento esclarecido do sujeito é essencial, de modo a que a sua liberdade e os seus direitos estejam protegidos.
- Residam na instituição há mais de 6 meses;
Segundo Reis (1998) seis meses é, teoricamente, o tempo necessário para cada residente ultrapassar a fase mais crítica e difícil do período de integração.
- Sem defeito cognitivo;
A percepção sobre algo exige um processo complexo de cognição caracterizado pela interpretação e pela atribuição de significados, que levam à tomada de consciência de determinados factos. (Marques, 2000)

Sendo que os parâmetros de uma população só são conhecidos se for possível estudar todos os elementos que a ela pertencem, facto só possível em populações finitas ou pouco numerosas, tornando-se dispendiosa em alguns casos. Havendo estes constrangimentos há necessidade de seleccionar uma amostra da população universal para que se possa estimar e inferir os dados na sua generalidade. (Reis et al, 1999)

A técnica de amostragem é não probabilística por conveniência. Segundo Afonso e Nunes (2010) as técnicas de amostragem não probabilísticas (ou dirigidas) não permitem definir com rigor ou calcular as probabilidades de inclusão dos diferentes elementos da população na amostra. Este tipo de selecção dos indivíduos da amostra é geralmente mais económico e expedito.

No caso deste estudo, a dimensão da população alvo é relativamente pequena em comparação à população universal, o que a torna não representativa, há que ter em

conta este aspecto para que não haja a tendência equívoca de fazer generalizações a uma extensão genérica.

1.6 – Instrumentos de colheita de dados

Neste estudo recolheram-se os seguintes dados:

- ***Caracterização da população – alvo (Anexo II)***

Com este instrumento, criado para o efeito, pretende-se conhecer as características sócio - demográficas de toda a população - alvo do estudo. Daqui obtêm-se informações relacionadas com a capacidade de lotação das instituições, a idade máxima e mínima dos residentes, divisão por género e por estado civil.

- ***Caracterização dos colaboradores das Instituições (Anexo II)***

Através deste instrumento pretende-se conhecer como são constituídas as equipas multidisciplinares de cada instituição, tendo em conta a função, formação e tipo de horário de cada colaborador. Este tipo de informação é útil para perceber em que sentido a presença de elementos (profissionais de saúde ou não) no lar afectam ou não a percepção da saúde dos idosos que residem em lares.

- ***Caracterização sócio demográfica e profissional (Anexo IV)***

A aquisição de informação para a caracterização sócio – demográfica de cada indivíduo da amostra é feita com base num instrumento também criado para o efeito. Aqui obtêm-se dados relacionados, com a idade, género, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional (exercida em idade activa), tempo que reside na instituição, motivo pelo qual foi institucionalizado e iniciativa do internamento. Estes dados permitem o conhecimento das características de cada sujeito interveniente no estudo.

- ***Mini Mental State (Anexo V)***

Aplica-se o Mini Mental State, versão traduzida e adaptada por Guerreiro (2003), com o intuito de triar as pessoas sem deterioração mental a nível das funções cognitivas.

O MMSE é um instrumento utilizado para a triagem da deterioração mental ao nível das funções cognitivas. A sua aplicação envolve tarefas que agrupam onze categorias: orientação temporal, orientação espacial, fixação, atenção e cálculo, memória, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e desenho. Guerreiro et al (2003)

O MMSE é um teste rápido (10-15 minutos), amplamente difundido, que permite explorar a orientação, atenção, memória, concentração, calculo, linguagem,

pensamento abstracto e prático. Tem uma sensibilidade de 87% e uma especificidade de 60%. A sua utilidade decresce nos estadios avançados de deterioração. (Blanco, 2007)

Segundo Guerreiro et al (2003) Os resultados deste teste situam-se num intervalo de 0 a 30, em que *scores* inferiores a 10 traduzem disfunção cognitiva muito severa e 30 traduz um indivíduo efectivamente normal. Considera-se que a pessoa possui um deficit cognitivo nas seguintes circunstâncias:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Esta escala tem sido das mais utilizadas em termos clínicos e da investigação isto porque é uma ferramenta adequada para aplicar em idosos a residir na comunidade, em situação de hospitalização ou em situação de institucionalização. Guerreiro e tal (2003)

Foi criada em 1975 por Folstein, Folsetein & McHugh e está traduzida e validade para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia (2003)

No presente estudo é pertinente o uso desta escala, uma vez que é fundamental que os indivíduos participantes tenham capacidades cognitivas para efectuarem o exercício sobre a sua percepção de saúde.

- ***Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico (Anexo VI)***

A aplicação do Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico de Fonseca e Paul (1999) tem como objectivo avaliar os índices de saúde percebida em grupos de indivíduos com idade avançada, com competência associada ao processo de envelhecimento. O questionário referido foi elaborado por Fonseca e Paul (1999) a partir dos itens inscritos no “Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento” (Paul, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999), o qual se constitui como adaptação portuguesa do “The European Survey on Aging Protocol - ESAP” (Fernández-Ballesteros, Schroots, & Rudinger, s/d), instrumento utilizado em alguns países europeus no âmbito de um estudo piloto sobre envelhecimento. (Fonseca e Paul, 2004)

O Questionário de Auto-Avaliação da saúde e do Bem - Estar Físico é composto por 29 questões de escolha múltipla e de resposta fechada, versando os seguintes indicadores relativos à saúde e ao estilo de vida: (i) Saúde física, (ii) Actividade física e mental, (iii) Condição física, (iv) Sono, (v) Audição, (vi) Visão, (vii) Consumo de tabaco, (viii) Consumo de álcool. (Fonseca e Paul, 2004)

1.7 – Pré – teste

O pré - teste foi realizado a 08 de Junho 2010 numa instituição de cariz público, por uma questão de facilidade de acesso.

Foram efectuados os questionários definidos previamente a dois idosos residentes na referida instituição, um do género masculino, outro do género feminino, estas pessoas foram escolhidas aleatoriamente dentro da população alvo, e tendo em conta os requisitos definidos.

A realização dos questionários teve sensivelmente a duração de 20 minutos para cada residente e foram ministrados com o ambiente e os recursos iguais ao que estavam previstos para a colheita de dados do estudo em si.

Ao contrário do que se previa, os participantes assinaram o consentimento informado sem levantar qualquer problema.

No decorrer da realização do pré - teste foram detectados aspectos que foram trabalhados com o intuito de não afectarem a colheita de dados definitiva para o estudo, a enunciar:

- Três gralhas de dactilografia, uma na caracterização sócio – demográfica, outra no Mini Mental State e outra no Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico, que foram rectificadas;
- Ao aplicar o Mini Mental State percebeu-se que alguns dos resultados iriam recair no intervalo “20 - 26” sem que haja defeito cognitivo, devido aos factores já devidamente estudados pelos autores, como o analfabetismo e o nível de escolaridade. Posto isto, um dos requisitos de selecção da amostra foi alterado de “sem deterioração cognitiva” para “sem defeito cognitivo”;
- Dado que os autores do “Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico” concederam autorização para retirar questões, o que significa que este pode ser usado parcialmente sem perda de validade, foi retirada a questão “B.III” uma vez que não se adequa à realidade das pessoas que vivem nos Lares que fazem parte do estudo;
- Na questão “H.I” optou-se por acrescentar uma opção de resposta “4. Não> fim do questionário”, para as pessoas que não consomem bebidas alcoólicas;
- A questão “H.II” também foi retirada dado que, para o contexto, não é significativo saber em detalhe o tipo de álcool consumido.

1.8 – Variáveis do estudo

Tendo em conta o referencial teórico, e uma vez que se pretende estudar um fenómeno numa determinada população, com as suas características específicas, foram definidas as seguintes variáveis, a operacionalizar no estudo:

- Sócio - demográficas e profissionais:
 - Género
 - Idade
 - Estado civil
 - Tempo de residência na instituição
 - Habilitações literárias
 - Actividade profissional (antes de situação de reforma)
 - Motivo de institucionalização

- Deterioração cognitiva – este parâmetro poderia ser utilizado como uma variável, no entanto foi unicamente utilizado para selecção mais precisa dos intervenientes do estudo.

- Percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas:
 - Saúde física
 - Actividade física e mental
 - Condição física
 - Sono
 - Audição
 - Visão
 - Consumo de tabaco
 - Consumo de álcool

Segundo o Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento os aspectos anteriormente descritos fazem parte de um conjunto de indicadores designados como medidas de saúde e estilos de vida. (Paul et al, 2001)

O Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento é uma entidade que organiza, define ou cria instrumentos de medida, definidos em vários domínios (biológico, psicológico e social). Este protocolo é comum em vários países da comunidade europeia, dos quais Portugal faz parte, em que o objectivo principal é utilizar instrumentos estandardizados que permitam a generalização de resultados. (Fernández-Ballesteros, 1999)

1.9 – Definição das hipóteses

Tendo em conta o objectivo do estudo e as variáveis levantadas, são formuladas as seguintes hipóteses orientadoras do processo de pesquisa:

HIPÓTESES
<p>1 – Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e os dados sócio – demográficos?</p> <p>1.1 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a idade?</p> <p>1.2 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e o género?</p> <p>1.3 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e o estado civil?</p> <p>1.4 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e as habilitações literárias?</p> <p>1.5 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a actividade profissional?</p> <p>1.6. - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e o tempo na instituição?</p> <p>1.7 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e o motivo de institucionalização?</p> <p>1.8 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a iniciativa do internamento?</p>
<p>2 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares (outras pessoas do mesmo género e da mesma idade)?</p>
<p>3 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e os hábitos de vida, nomeadamente, hábitos alcoólicos e hábitos tabágicos?</p>
<p>4 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a presença de determinados colaboradores numa instituição, nomeadamente, Director Técnico, Assistentes Operacionais, Enfermeiro, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Nutrição e Animador Sócio – Cultural?</p>

Quadro nº 3 – Apresentação da definição das hipóteses.

1.10 – Recolha dos dados

No processo de recolha dos dados é necessário desenvolver um processo sistemático que assegure a fiabilidade e a comparabilidade desses dados. (Reis et al, 1999)

A recolha dos dados teve início efectivamente a 26 de Junho 2010 e terminou a 22 de Outubro de 2010.

Foi um processo exigente, rigoroso e moroso. Esta caracterização da recolha de dados deve-se ao facto de se atender a um conjunto de condições essenciais a esta etapa do estudo. Tais como:

- Recolher os dados sempre com a presença da pessoa responsável pela instituição, através da qual se fez o contacto prévio para a marcação das sessões de colheitas de dados;
- Respeitar as rotinas das instituições, como por exemplo, horários das refeições, cuidados de higiene, cestas, visitas, tratamentos, etc.

O facto de ser bem recebida pelos responsáveis das instituições, que demonstraram disponibilidade e vontade em participar, assim como disponibilizaram os espaços adequados para efectuar a colheita de dados, e a vontade das pessoas idosas em prontamente participar no estudo, são aspectos que vieram facilitar esta tarefa.

Por outro lado, a dificuldade na comunicação com alguns residentes (devido a alterações sensoriais, nomeadamente hipoacusia, ou disartria) e também os recursos materiais e de deslocação gastos, são aspectos que, de certo modo, dificultaram esta colheita de dados. Estes aspectos foram ultrapassados com a mobilização de estratégias específicas para chegar à comunicação interpessoal com as pessoas e, também, uma gestão equilibrada de tempo e de recursos, em simultâneo.

Toda esta etapa foi levada a cabo com a inteira noção que teria de ser construída com exactidão e precisão, para que não houvesse enviesamentos nos dados recolhidos.

1.11 – Tratamento dos dados

O tratamento dos dados foi feito através da análise dos dados obtidos pela estatística descritiva utilizando como suporte informático o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 para o Windows.

No caso concreto deste estudo é utilizado o SPSS, uma vez que é um “aplicativo de eleição dos pesquisadores das ciências sociais e humanas” (Maroço, 2003) e também porque permite seleccionar procedimentos estatísticos com distinção de variáveis onde se alcançam resultados.

Assim, se fará o estudo com os valores obtidos nas medidas de tendência central, nomeadamente: média, moda e mediana e, por conseguinte, a aplicação da correlação bivariada, através do coeficiente de correlação de Spearman.

Ao utilizar-se a estatística descritiva como recurso existe a possibilidade de descrever as características das variáveis, através das medidas de tendência central e resumir a relação entre os seus valores. (Hill e Hill, 2000)

Neste estudo, as hipóteses são testadas por correlação bivariada (com o recurso ao coeficiente de correlação de Spearman). Este procedimento estatístico determina o grau de associação entre variáveis (Pereira, 2004).

Em estatística inferencial, o coeficiente de correlação de Spearman é uma medida de correlação não paramétrica, ou seja, é utilizada em variáveis nominais, em que avalia uma função monótona arbitrária que pode ser a descrição da relação entre duas variáveis, sem fazer nenhuma suposição sobre a distribuição de frequências das variáveis. (Santos, 2007)

III

ASPECTOS EMPÍRICOS

1 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA

1.1 – Caracterização da população alvo

Conhecer as características da amostra do estudo torna-se um aspecto pertinente quando se quer perceber quais as especificidades das pessoas que compõem aquele grupo restrito.

A população passível de ser estudada pertence a 9 instituições distintas. Como está representado na tabela nº1, deste conjunto 62 indivíduos fazem parte da instituição de cariz público, 155 indivíduos das instituições de cariz privado e 120 indivíduos de Instituições Privadas de Solidariedade Social, cerca de 18,4%, 46% e 35,6%, respectivamente.

Das instituições intervenientes existem duas que possuem lotação para 70 residentes e a que tem menos capacidade para albergar residentes tem 7 vagas. De todas, apenas quatro têm a sua lotação total ocupada.

Em termos de localização duas instituições localizam-se na zona urbana de Santarém, as restantes estão localizadas em localidades periféricas rurais do concelho de Santarém.

Tabela nº 1 – Distribuição dos indivíduos pelas instituições

Natureza jurídica	N (Instituições)	N (Indivíduos)	%
Pública	1	62	18,4
IPSS	3	120	35,6
Privada	5	155	46,0
Total	9	337	100

No seu total esta população é constituída por 337 indivíduos, 234 são do sexo feminino e 103 são do sexo masculino, cerca de 69,4% e 30,6%, respectivamente.

Em relação ao estado civil destas pessoas 42 são solteiras (cerca de 12,5%), 64 são casadas (cerca de 19%), 214 são viúvos (cerca de 63,5%) e 17 são divorciadas (cerca de 5%).

No que diz respeito à idade das pessoas a residir nas referidas instituições, a pessoa mais velha tem 100 anos e a mais nova tem 37 anos. Há que salvaguardar que para o efeito neste estudo apenas se pretendia conhecer os indivíduos com mais de 65 anos, no entanto em algumas instituições residem pessoas com menos idade por motivos de dependência e não foram tidas em conta para o cálculo da média de idades.

Posto isto, a média de idades da amostra ronda os 82,7 anos.

A tabela nº 2 apresenta os dados descritos anteriormente.

Tabela nº 2 – Características sócio-demográficas da população em estudo

Características sócio - demográficas	N	%	Média	DP	Intervalo
Idade	337	-	82,7	3,3	65 - 100
Género					
Masculino	103	30,6			
Feminino	234	69,4			
Estado Civil					
Divorciado	17	5,0			
Solteiro	42	12,5			
Casado	64	19,0			
Viúvo	214	63,5			

1.2 – Caracterização das equipas de colaboradores das instituições

A caracterização das equipas de colaboradores de cada instituição é um dado útil uma vez que conhecendo a realidade das instituições em estudo (ver tabela nº 3 e nº 4) como são os Lares para Idosos, será mais verosímil a percepção da saúde das pessoas idosas institucionalizadas, isto porque, como já foi referido há uma forte evidência empírica que apoia a influência dos factores ambientais e sociais da saúde no comportamentos dos idosos institucionalizados.

- **Direcção Técnica**

Todas as instituições envolvidas possuem um responsável com formação de Ensino Superior, a referir que 56% é na área de Serviço Social, 22% é na área da Psicologia e 22% noutras áreas (como por exemplo Administração e Gestão Pública, ou Educação Social). Os técnicos da área de Serviço Social e Psicologia exercem o seu cargo em tempo inteiro, enquanto que os responsáveis com outro tipo de formação exercem esta função em “part - time”, contribuindo com menos horas semanais. Todas as instituições possuem apenas um responsável na Direcção Técnica, á excepção de uma que tem três colaboradores na Direcção Técnica, é de referir que esta é a instituição com maior número de residentes.

- **Prestação de Cuidados**

A prestação de cuidados é assegurada por “ajudantes de lar” em todas as instituições intervenientes no estudo. No entanto, existem outras (cerca de cinco instituições) que também possuem outras categorias como “serviços gerais” e “encarregados”.

Actualmente, na prestação de cuidados em termos de legislação já não existe este tipo de categorização dos funcionários, são todos “assistentes operacionais”, tal como vem no Decreto - Lei nº. 41/2008 de 10 de Março e com a Lei 12-A/2008 de 27 de Fevereiro 2008. Mas, houve necessidade de fazer esta classificação porque no seio cultural das instituições este tipo de denominação ainda está muito enraizado e afecta os aspectos funcionais de cada colaborador. Em todas as instituições estudadas quem presta cuidados aos residentes fá-lo em “full – time”, com uma carga horária de 35 a 40 horas. O número de colaboradores é variável em função do número de residentes, sendo o número mínimo de 4 e o número máximo de 32 colaboradores na prestação de cuidados.

- **Serviços de saúde**

- ☞ **Enfermeiro**

A figura do Enfermeiro está garantida em todas as instituições que incorporam o estudo. Existe um Lar que garante a presença destes profissionais em “full - time” as oito restantes instituições assegura estes serviços de saúde com profissionais em regime de “part - time”. Os horários praticados são fixos para três das instituições, flexíveis para duas das instituições, em turnos para uma instituição (apenas com o turno Manhã e Tarde) e três instituições não respondem a esta questão. O número de colaboradores Licenciados em Enfermagem varia entre um e três, sendo que dispensam às instituições entre 12 a 35 horas semanais.

- ☞ **Médico**

Todas as instituições têm a presença do Médico garantida, que se desloca ao espaço físico do Lar. No entanto, todos exercem o seu trabalho em regime de “part - time”, há uma instituição que não fornece este tipo de informação. O tipo de horário é fixo em quatro casos estudados, há três situações que varia segundo as necessidades (em que a solução é recorrer ao Centro de Saúde, ou estar associado a uma Clínica Privada que tem um Médico de Prevenção, ou existir um contrato de Avença), existem duas instituições que não fornecem dados sobre esta questão. O número de horas por semana gastas por estes profissionais varia de 1 a 10 horas, sendo o número de Médicos variável, em que seis instituições contam com a presença de um Médico específico, duas com a presença de dois Médicos e uma conta com a colaboração de três Médicos diferentes.

☞ Fisioterapeuta

Ao analisar a presença de Fisioterapeuta verificou-se que seis das instituições estudadas possuem a presença deste profissional e três referem não existir Fisioterapeuta a prestar serviço. Neste contexto, nenhum Fisioterapeuta trabalha por turnos, três casos trabalham em horário fixo, dois deslocam-se às instituições segundo as necessidades, e uma não responde a esta questão. Basicamente, existe um Fisioterapeuta para cada instituição que tem esta valência em que as horas semanais dispensadas variam de 1 a 10 (para os 4 Fisioterapeutas em “part – time”) e são de 35 horas para o único caso em que têm um Fisioterapeuta em “full - time”, não existem mais dados fornecidos para completar esta informação.

• **Outros profissionais**

☞ Terapeuta Ocupacional

No que diz respeito à presença de um Terapeuta Ocupacional, apenas uma instituição refere que possui colaboradores com este tipo de formação, em regime de “part – time”, são duas pessoas que dedicam uma hora cada à instituição num horário fixo. Existe um Lar que não responde a esta questão e os restantes Lares referem que não possuem Terapeuta Ocupacional.

☞ Técnico de Nutrição

Tal como o que acontece com o Terapeuta Ocupacional, o mesmo se passa para a presença de um Técnico de Nutrição. Todas as instituições referem não possuírem um Técnico de Nutrição, embora haja uma que responda que sim, embora numa situação temporária, uma vez que é um indivíduo que está a desenvolver actividades no âmbito de um Estágio Curricular e não há referência ao tipo de horário prestado.

☞ Animador Sócio - Cultural

A presença de um técnico de Animação Sócio – Cultural é garantida em sete dos Lares inquiridos, os restantes (que são dois) não possuem pessoas com este tipo de formação. Das instituições que possuem Animador Sócio - Cultural este presta colaboração em regime de horário fixo, embora em três lares num conceito de “part – time”, nos outros três lares em “full – time” e há uma instituição que não oferece este tipo de informação. Apenas há um elemento com este tipo de formação em cada

Lar, que exerce 35 horas semanais em situação de “full - time” e quando o seu regime é em “part time” as horas semanais variam entre 2 horas a 20 horas por semana.

Tabela nº 3 – Síntese com as características das equipas de colaboradores nas instituições

Profissionais	Presença na instituição		Tipo de Horário						Regime			
			Fixo		Turno		Outro		Part - Time		Full - Time	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DIRECÇÃO TÉCNICA												
Psicólogo	9	100,0	-	-	-	-	-	-	4	44%	5	56%
Assistente Social												
Outros												
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS												
Ass. Operacionais	9	100,0	-	-	9	100,0	-	-	-	-	9	100,0
SERVIÇOS DE SAÚDE												
Enfermeiro *	9	100,0	3	33,3	1	11,1	*	*	8	88,9	1	11,1
Médico *	9	100,0	4	44,4	-	-	3	33,3	9	100,0	-	-
Fisioterapeuta *	6	66,6	2	33,3	-	-	3	50,0	4	66,7	1	16,6
OUTROS PROFISSIONAIS												
Terapeuta Ocupacional	1	11,1	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	-	-
Técnico de Nutrição	0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Animador Sociocultural	7	77,7	7	77,7	-	-	-	-	3	42,9	4	57,1

* Não existe informação completa disponível cedida pelas instituições.

Tabela nº 4 – Síntese com o número de horas por semana por colaborador, distribuídas por cada instituição

Número de horas por semana por colaborador									
Instituição	Direcção Técnica	Prestação de cuidados	Profissionais de saúde			Outros Profissionais			
			Enf. ^o	Méd.	Fisiot.	TO	TN	ASC	
A	35	35	20	3	-	-	-	35	
B	35	45	28	5	14	-	-	NR*	
C	35	37	12	NR*	NR*	NR*	-	35	
D	35	37	35	6	35	-	-	35	
E	15	40	3	NR*	-	-	-	-	
F	12	40	1	1	1	1	-	2	
G	40	40	21	4	10	-	-	20	
H	15	35	16	6	-	-	-	-	
I	40	40	20	6	NR*	-	-	5	

LEGENDA:

* Não responde

Enf.^o - Enfermeiro

Méd. - Médico

Fisiot. - Fisioterapeuta

TO - Terapeuta Ocupacional

TN - Técnico de Nutrição

ASC - Animador Sócio-Cultural

1.3 – Caracterização sócio - demográfica e profissional da amostra

Num estudo é bastante pertinente conhecer as características dos indivíduos que fazem parte do estudo, ainda mais quando estes aspectos podem, ou não, influenciar o que se pretende estudar.

Nesta caracterização é utilizada a estatística descritiva simples.

Para as variáveis nominais, nomeadamente, “género”, “estado civil”, “habilitações literárias”, “actividade profissional”, “motivo de internamento” e “iniciativa do internamento” não foram apresentados valores de média e desvio padrão, uma vez que estatisticamente isso não é possível.

1.3.1 – Instituição a que pertence

A tabela nº5, abaixo apresentada, mostra a distribuição dos indivíduos que participaram no estudo pelas respectivas instituições. Aqui é evidente que as instituições com mais participantes são a instituição D com 17 indivíduos (22,7%), e a A com 14 indivíduos (18,7%), ao invés das instituições C e H que são as que contaram com menos participantes 5 (6,7%) e 1 (1,3%) indivíduo respectivamente.

Tabela nº 5 – Tabela de frequências relativa à “instituição a que pertence”

Instituição	Lotação	N	%	% *
Instituição A	62	14	18,7	20,0
Instituição B	59	6	8,0	10,7
Instituição C	70	5	6,7	7,1
Instituição D	26	17	22,7	65,4
Instituição E	8	4	5,3	50,0
Instituição F	27	9	12,0	33,3
Instituição G	39	10	13,3	25,6
Instituição H	6	1	1,3	16,6
Instituição I	40	9	22,5	14,5
Total	337	75	100,0	-

* Em relação ao total de residentes de cada instituição

1.3.2 – Dados Sócio demográficos

A tabela nº 6 e a tabela nº 7 apresentam os dados relativos à caracterização sócio-demográfica.

- Idade

Ao apresentar os dados obtidos sobre a idade dos indivíduos que entraram no estudo, constata-se que a idade mínima é de 66 anos e a idade máxima é de 100 anos. A média é de 83,2 anos, a mediana é de 84 anos e a moda é 84 anos. É de referir que estes dados são trimodais, mas o valor apresentado é o menor (sendo as outras modas 86 e 88 anos).

– Género

Os indivíduos que fazem parte do estudo são 36% do género masculino, o que corresponde a 27 homens, e 64% são do género feminino, o que corresponde a 48 mulheres.

– Estado Civil

No que diz respeito ao estado civil dos indivíduos participantes no estudo, é visível que 19 indivíduos são casados (25,3%), 5 são solteiros (6,7%), 43 são viúvos (57,3%), sendo este item a maioria, 8 são divorciados (10,7%).

– Habilitações literárias

Na variável “habilitações literárias” é perceptível que a maioria, 60 %, o que corresponde a 45 indivíduos, frequentaram a instrução primária. Seguidamente, 20 indivíduos, o que traduz uma percentagem de 26,7%, não frequentaram a instrução primária. Apenas 10 indivíduos (13,3%) estudaram para além da instrução primária.

– Actividade profissional

Ao analisar a tabela que representa as frequências relativas à “actividade profissional” verifica-se que a actividade em maior corresponde aos trabalhadores não qualificados com 24 indivíduos, isto é 32%. Ser agricultor é a actividade com mais frequência, imediatamente a seguir, com 17 indivíduos (cerca de 22,7%). Esta informação remete para um grupo de pessoas que, maioritariamente têm baixos níveis de escolaridade e formação profissional.

Tabela nº 6 – Caracterização sócio-demográfica

Características sócio – demográficas	N	%	Media	Moda	Mediana	DP	Intervalo
IDADE	75	100,0	83,2	84 ^a	84	6,7	66 - 100
GÉNERO							
Masculino	27	36,0					
Feminino	48	64,0					
ESTADO CIVIL							
Solteiro	5	6,7					
Divorciado	8	10,7					
Casado	19	25,3					
Viúvo	43	57,3					
HAB. LITERÁRIAS							
Sem instrução primária	20	26,7					
Instrução primária	45	60					
Sup. à instrução primária	10	13,3					
ACT. PROFISSIONAL							
Administrativos e similares	7	9,3					

Téc. Profissionais de nível intermédio	7	9,3
Serviços e vendedores	10	13,3
Agricultores	17	22,7
Trabalhadores não qualificados	24	32,0

a – Moda com o menor valor

– Tempo na instituição

As unidades atribuídas a esta variável são em meses na instituição.

Efectivamente, o mínimo de tempo que os indivíduos inquiridos estão nas instituições é de seis meses e o máximo é 240 meses. No entanto, uma vez que existem resultados que estão mais afastados do núcleo da distribuição, estes foram eliminados para fazer os cálculos das medidas de tendência central e para a representação gráfica (ver gráfico nº 3). Embora esta variável apresente uma distribuição normal, tem valores extremos que foram identificados, pelo que foram ajustados os valores, com a eliminação dos *outliers*. Pela tabela verifica-se que a média é de 28,66 meses, a mediana é 24 meses e a moda é 6 meses, com 9 indivíduos a corresponder a este item, o que significa 12,6% da população-alvo. O desvio padrão é de 20,1.

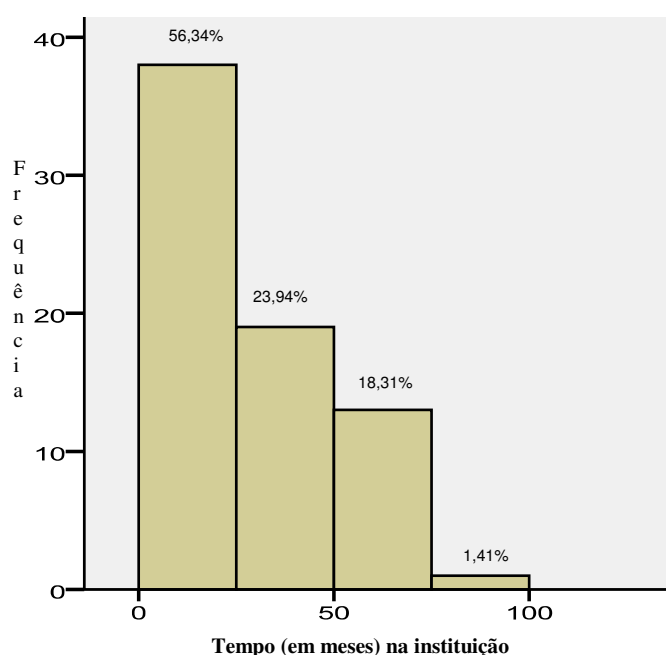


Gráfico nº 3: Histograma do tempo (em meses) na instituição.

– Motivo de institucionalização

Na variável “motivo de institucionalização” é perceptível que a dificuldade em auto – cuidar-se é o item que tem maior frequência, com 32 indivíduos, cerca de 42,7%, a falta de apoio familiar foi registado como o segundo motivo mais registado para 23

indivíduos, cerca de 30,7%. O facto de não ter família também foi referido por 12 pessoas (16%) e a preferência em viver num lar foi registada por 8 pessoas (10,7%).

– Iniciativa do internamento

Na variável “iniciativa do internamento” é notório que a maioria das pessoas foram para o lar por iniciativa própria (40 indivíduos – 53,3%) ou trazidos por familiares (32 indivíduos – 42,7%). Apenas 2 indivíduos (2,7%) foram trazidos por amigos e 1 indivíduo (1,3%) foi para a instituição por intermédio de um técnico de acção social.

Tabela nº 7 – Resultados sobre tempo na instituição, motivo de institucionalização e iniciativa do internamento

Descrição	N	%	Media	Moda	Mediana	DP	Intervalo
Tempo na instituição	71	100,0	28,66	6	24	20,1	6 - 100
Motivo institucionalização							
Dificuldade em auto-cuidar-se	32	42,7					
Falta de apoio familiar	23	30,7					
Não tem família	12	16,0					
Preferência viver num lar (...)	8	10,7					
Iniciativa do internamento							
Iniciativa própria	40	53,3					
Trazido por familiares	32	42,7					
Trazido por amigos	2	2,7					
Trazido por T.A.S.	1	1,3					

1.4 – Descrição dos dados obtidos com a aplicação do Mini Mental State

Neste estudo, todos os indivíduos intervenientes no estudo possuem capacidades cognitivas efectivamente normais.

1.5 - Descrição dos dados obtidos com a aplicação do Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico

De seguida serão apresentados de forma descritiva os dados obtidos na aplicação do Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico. Em semelhança aos subcapítulos anteriores serão apresentadas tabelas de frequências e respectivos gráficos. Em alguns tópicos é apresentado o cruzamento de variáveis.

1.5.1 – Saúde física (A)

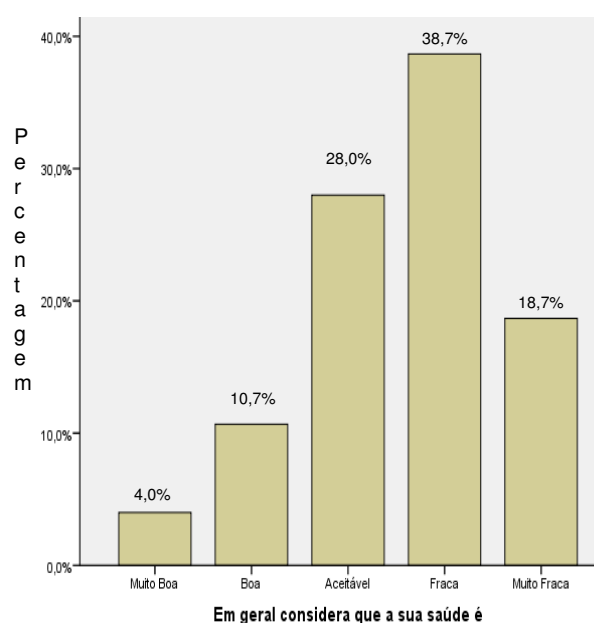
A leitura da tabela nº 8, e o gráfico nº 4, remetem para os resultados relativos à auto-avaliação da saúde física. É visível que 29 indivíduos consideram que a sua “saúde é fraca”, o que se traduz em 38% da amostra. No que diz respeito ao parâmetro “em

geral a minha saúde é aceitável” foram 21 indivíduos que responderam, ou seja 28%. Do conjunto, 14,7% dos indivíduos (11) responderam que a sua saúde seria “boa” ou “muito boa” e 18,7% (ou seja 14 indivíduos) julgaram a sua saúde de “muito fraca”. Em termos comparativos com o ano passado 42,7% apontam para uma situação de saúde mais ou menos na mesma e 36% referem estar um pouco pior que há um ano. No que diz respeito à comparação com as pessoas da mesma idade e do mesmo sexo 28% julgam-se um pouco melhor e, com a mesma percentagem, referem que estão mais ou menos na mesma.

Tabela nº 8 – Resultados da auto-avaliação da saúde física

Auto-avaliação da saúde	N	%
Muito Boa	3	4,0
Boa	8	10,7
Aceitável	21	28,0
Fraca	29	38,7
Muito Fraca	14	18,7
Comparação com o ano passado		
Mais ou menos na mesma	32	42,7
Um pouco pior do que há um ano	27	36,0
Comparação com as pessoas da mesma idade e mesmo sexo		
Um pouco melhor	28	37,0
Mais ou menos na mesma	28	37,0
Não sabe	3	4,0

Gráfico nº 4: Resultados da auto-avaliação da saúde



Há que referir que, do grupo de indivíduos que foram questionados, 46,7% tem problemas de saúde que interferem de alguma forma com as actividades de vida diárias. Dos problemas mencionados realçam-se a mobilidade alterada (24%), dores (14,7%) e alterações sensoriais (9,3%).

1.5.2 – Capacidade Física e Mental

No que diz respeito à capacidade física e mental percebe-se que, em comparação com o ano passado, estes indivíduos encontram-se com actividade física menos intensa (44%) ou mais ou menos igual (45,3%). Comparando com as pessoas da mesma idade e do mesmo sexo consideram que estão num patamar mais ou menos igual (23%) ou com actividade um pouco mais intensa (33,3%).

No que concerne às exigências é notório que, quer as actividades físicas quer para as actividades mentais, as frequências apontam para pouco exigentes ou nada exigentes. A tabela nº 9 esquematiza os dados descritos anteriormente.

Tabela nº 9 – Resultados da capacidade física e mental

Classificação da actividade física (comparando com o ano passado)	N	%
Mais intensa do que há um ano	8	10,7
Mais ou menos igual	34	45,3
Menos intensa do que há um ano	33	44,0
Comparação com as pessoas da mesma idade e mesmo sexo		
Um pouco mais intensa	25	33,3
Mais ou menos igual	23	30,7
Um pouco menos intensa	16	21,3
Não sabe	4	5,3
Exigência das actividades físicas diárias		
Moderadamente exigentes	14	18,7
Pouco exigentes	38	50,7
Nada exigentes	23	30,7
Exigência das actividades mentais diárias		
Pouco exigentes	34	45,3
Nada exigentes	30	40,0

1.5.3 – Condição Física

No âmbito da condição física, tal como aponta a tabela nº 10, as respostas tendem para ser classificadas em aceitável (30,7%) ou fraca (29%).

Em comparação com o ano passado os indivíduos referem que estão mais ou menos na mesma (45,3%) ou um pouco pior do que há um ano (41,3%). Comparando com os seus pares da mesma idade e do mesmo sexo, estes manifestam-se um pouco melhor (29,3%) ou mais ou menos na mesma (44,0%), apenas 4,0% não sabem responder a este item.

Tabela nº 10 – Resultados da auto-avaliação da condição física

Condição física	N	%
Muito Boa	2	2,7
Boa	16	21,3
Aceitável	23	30,7
Fraca	29	38,7
Muito Fraca	5	6,7
Comparação com o ano passado		
Mais ou menos na mesma	34	45,3
Um pouco pior do que há um ano	31	41,3
Comparação com as pessoas da mesma idade e mesmo sexo		
Um pouco melhor	22	29,3
Mais ou menos na mesma	33	44,0
Um pouco pior	10	13,3
Não sabe	3	4,0

1.5.4 – Sono

Da amostra 41,3% dos indivíduos têm problemas de sono, destes indivíduos 15% referem que esta perturbação afecta as suas actividades durante o dia. Os principais problemas de sono relatados são a dificuldade em adormecer (16,0%) e o acordar a meio da noite (14,7%). O período de 1 ano é a referência mais conotada para marcar o início das perturbações do sono (25,8%).

1.5.5 – Audição

No que concerne à capacidade de audição os dados, apresentados na tabela nº 11, indicam que a amostra está dividida em classifica-la como boa (22,0%) ou fraca (22%), ficando a avaliação aceitável conotada por 15%. Comparando com o ano passado os indivíduos aparentam estar mais ou menos na mesma (74,7%) ou um pouco pior do que há um ano (21,3%). Em comparação com as pessoas da mesma idade e do mesmo sexo estes consideram-se um pouco melhor (24,0%) ou mais ou menos na mesma (45,3%), e 13,3% não sabem.

Tabela nº 11 – Resultados da capacidade de audição

Capacidade de audição	N	%
Muito boa	11	14,7
Boa	22	29,3
Aceitável	15	20,0
Fraca	22	29,3
Muito fraca	5	6,7
Comparação com o ano passado		
Mais ou menos na mesma	56	74,7
Um pouco pior que há 1 ano	16	21,3

Comparação com as pessoas da mesma idade e mesmo sexo		
Um pouco melhor	18	24,0
Mais ou menos na mesma	34	45,3
Não sabem	10	13,3

1.5.6 – Visão

Pela leitura à tabela nº12, é possível afirmar que a maioria das pessoas intervenientes no estudo considera a sua capacidade de visão fraca (44,0%) ou aceitável (22%). Em comparação com o ano passado as pessoas questionadas referem que estão mais ou menos na mesma (45,3%) ou um pouco pior que há um ano (38,7). Quando comparadas com as pessoas da sua idade e do seu sexo consideram-se um pouco melhor (22,7%), mais ou menos na mesma (42,7%) ou não sabem responder (14,7%).

Tabela nº 12 – Resultados da capacidade de visão

Capacidade de visão	N	%
Muito boa	2	2,7
Boa	11	14,7
Aceitável	22	29,3
Fraca	33	44,0
Muito fraca	7	9,3
Comparação com o ano passado		
Mais ou menos na mesma	34	45,3
Um pouco pior que há 1 ano	29	38,7
Comparação com as pessoas da mesma idade e sexo		
Um pouco melhor	17	22,7
Mais ou menos na mesma	32	42,7
Não sabem	11	14,7

1.5.7 – Tabaco

Em relação ao consumo de tabaco 78,7% dos indivíduos da amostra referem que nunca fumaram, 17,3% referem que já tiveram hábitos tabágicos, mas actualmente não fumam e 4,0% ainda mantêm este hábito diariamente. Das pessoas que ainda fumam apenas uma admite que o consumo diminuiu comparando com o ano passado, as restantes não respondem.

1.5.8 – Álcool

No que diz respeito ao consumo de álcool 62,0% apontam para o facto de não consumirem bebidas alcoólicas, 10,7% apenas bebem em ocasiões especiais, 4,0% bebem com regularidade e 2,7% ingerem álcool ocasionalmente. Das pessoas que actualmente têm hábitos alcoólicos 8,0% mantêm os mesmos em comparação com o ultimo ano e 9,3% têm o consumo menos elevado do que há um ano.

2 – ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Ao serem efectuadas as correlações é possível alcançar um conjunto de coeficientes, apresentados nas tabelas seguintes, dos quais se pode fazer a leitura para perceber se existe relação (ou não) entre as variáveis e qual a sua intensidade relacional. Deste modo, foi utilizado o teste Spearman, em que o coeficiente que resulta deste teste é representado pelo símbolo “p” (rho).

A próxima tabela (nº13) apresenta sinteticamente os coeficientes referidos anteriormente entre as variáveis sócio - demográficas e a percepção da saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Tabela nº 13 – Correlações entre os dados sócio - demográficos e profissionais e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados

Variável	Teste	Percepção do estado de saúde
Idade	p	-0,026
	Sig. (2-tailed)	0,825
Género	p	0,184
	Sig. (2-tailed)	0,114
Estado Civil	p	0,092
	Sig. (2-tailed)	0,431
Habilitações Literárias	p	-0,139
	Sig. (2-tailed)	0,235
Actividade Profissional	p	-0,133
	Sig. (2-tailed)	0,257
Tempo na instituição	p	0,225
	Sig. (2-tailed)	0,052
Motivo de institucionalização	p	-0,095
	Sig. (2-tailed)	0,417
Iniciativa do internamento	p	-0,038
	Sig. (2-tailed)	0,748

Pela leitura da tabela nº13, segundo os valores obtidos pelo teste de Spearman, é possível afirmar que não existe relação entre as variáveis sócio-demográficas e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados.

A tabela nº 14 apresenta informação relativa à correlação entre a saúde das pessoas com a mesma idade e o mesmo sexo e a percepção da saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Tabela nº 14 – Correlações entre a “saúde dos seus pares” e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados

Variável	Teste	Percepção do estado de saúde
Saúde Física	p	0,413**
	Sig. (2-tailed)	0,000
Actividade física e mental	p	0,354**
	Sig. (2-tailed)	0,002
Condição física	p	0,598**
	Sig. (2-tailed)	0,000
Audição	p	-0,022

	Sig. (2-tailed)	0,852
Visão	p	0,255*
	Sig. (2-tailed)	0,027

* Correlação significativa a um nível de 0,05 (2 – tailed)

** Correlação significativa a um nível de 0,01 (2 – tailed)

Pode-se dizer que existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares (outras pessoas do mesmo género e da mesma idade). Esta correlação é bastante significativa, isto quer dizer que quanto melhor a percepção de saúde, melhor a pessoa idosa se vê em relação aos outros que as rodeiam (do mesmo género e da mesma idade). Neste conjunto, apenas o item “audição” não apresenta relação com a percepção da saúde dos idosos institucionalizados.

A seguinte tabela (nº15) contem os valores relativos à correlação entre os hábitos de vida (consumo de tabaco e consumo de álcool) e a percepção da saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Tabela nº 15 – Correlações entre os “hábitos de vida” e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados

	TESTE	PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
Consumo de tabaco	p	-0,277
	Sig. (2-tailed)	0,016
Consumo de álcool	p	0,203
	Sig. (2-tailed)	0,080

* Correlação significativa a um nível de 0,05 (2 – tailed)

** Correlação significativa a um nível de 0,01 (2 – tailed)

No que concerne aos hábitos alcoólicos, não existe relação com a percepção que os idosos institucionalizados têm da sua saúde.

Pela leitura da tabela seguinte (nº 16) obtém-se a informação sobre os coeficientes entre a instituição a que cada indivíduo pertence e a percepção da saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Tabela nº 16 – Correlações entre “a instituição a que pertence” e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados

	TESTE	PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
Instituição a que pertence	p	-0,073
	Sig. (2-tailed)	0,536

* Correlação significativa a um nível de 0,05 (2 – tailed)

** Correlação significativa a um nível de 0,01 (2 – tailed)

Pela análise da tabela nº 16 é visível que não existe relação entre “a instituição a que pertence” e a percepção da saúde dos idosos institucionalizados.

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 – Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e os dados sócio – demográficos?

Tendo em conta os valores estatísticos é passível de se afirmar que não existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e os dados sócio – demográficos, pensa-se que esta situação verifica-se devido ao facto da amostra ser bastante homogénea nas suas características. O que significa que partilham a mesma faixa etária, o mesmo contexto ambiental, relativamente as mesmas linhas de circunstâncias por estarem numa situação de institucionalização.

Há que ter em conta que os estudos encontrados sobre percepção de saúde abordam as pessoas no seu contexto natural e não numa circunstância de institucionalização. Este facto é uma explicação encontrada para o facto de não existir relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e os dados sócio – demográficos, sendo que a institucionalização um aspecto nivelador para as pessoas incluídas no grupo estudado.

A maioria dos autores aponta para o facto da idade (e outros aspectos sócio – demográficos) estar intimamente relacionada com a percepção da saúde da pessoa idosa. Estudos como o EXCELSA (2001) revelam que a escolaridade, a residência e a idade afectam negativamente a percepção da saúde. Squire (2005) associa a idade cronológica com a saúde, e esta é influenciada por aspectos pessoais, psicológicos, fisiológicos e sociais. O Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 remete para o facto que a percepção da saúde varia consoante a idade. Porém, estas questões não se verificaram neste contexto, possivelmente dado que a amostra esteja sujeita às mesmas condições e circunstâncias ambientais, físicas, sociais, e dentro do mesmo estadio etário.

3.2 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares (outras pessoas do mesmo género e da mesma idade)?

Pode-se dizer que existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares (outras pessoas do mesmo género e da mesma idade). Esta correlação é bastante significativa, isto quer dizer que quanto melhor a percepção de saúde, melhor os idosos se vêem em relação aos outros que as rodeiam (do mesmo género e da mesma idade). Dos cinco itens que abordam esta visão da percepção da saúde (em relação às pessoas do mesmo género e da mesma idade) três são bastante correlacionados (saúde física, actividade

física e condição física). Há que sublinhar este aspecto relacionado com a dimensão física da própria saúde do indivíduo com idade avançada.

O estudo EXCELSA (2001) confirma que uma das questões que compõe a auto-avaliação da saúde é a comparação com a saúde do seu grupo (mesma faixa etária e mesmo género), e indica que os idosos se avaliam positivamente face aos outros. Sendo a capacidade física um dos aspectos que fazem parte da avaliação da saúde, Squire (2005) reforça que a capacidade física e independência interferem na saúde.

3.3 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e os hábitos de vida, nomeadamente, hábitos alcoólicos e hábitos tabágicos?

No que concerne aos hábitos alcoólicos e aos hábitos tabágicos, não existe relação com a percepção que os idosos institucionalizados têm da sua saúde e estes parâmetros.

Sendo a percepção da saúde um factor que permite detectar iniquidade em relação a condicionantes de saúde, Bowling (1997) remete para o facto em que o estado de saúde é visto numa concepção subjectiva, feita pelo próprio indivíduo em que contempla os aspectos positivos e negativos do seu bem-estar, dos seus hábitos de vida, da sua saúde física e mental e associa-se ao conceito de qualidade de vida.

3.4 - Existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a presença de determinados colaboradores numa instituição, nomeadamente, Director Técnico, Assistentes Operacionais, Enfermeiro, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Nutrição e Animador Sócio – Cultural?

Os dados indicam que não existe relação entre “a presença de determinados colaboradores” e a “percepção da saúde” das pessoas idosas institucionalizadas. Esta afirmação é baseada na leitura da “percepção da saúde” dos indivíduos por cada instituição a que pertencem, o que quer dizer que não existe diferença entre as instituições no que diz respeito à percepção que os idosos que aí residem têm da sua saúde. Logo, partiu-se do princípio que o facto de existir ou não a presença de determinados profissionais de saúde não afecta a percepção de saúde.

4 – CONCLUSÕES

Em investigação nem sempre os resultados que são esperados são os que se obtêm efectivamente, porém há que perceber a realidade com base nos valores estatísticos obtidos, sustentada pelo referencial teórico.

O objectivo deste estudo foi avaliar a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas, tendo em conta os objectivos específicos é possível apresentar as seguintes conclusões:

- A grande maioria da amostra designa como “aceitável” ou “fraca” a sua percepção da saúde, em geral;
- Neste caso, os dados sócio – demográficos não têm relação com a percepção do estado de saúde destas pessoas, ao contrário do que nos é dito pelos autores, possivelmente este facto dever-se-à à homogeneidade que caracteriza a amostra, devido à institucionalização destas pessoas;
- Existe relação significativa entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares, essencialmente quando se abordam itens relacionados com aspectos físicos. Há que referir que os intervenientes do estudo quando se pronunciam sobre a própria saúde os resultados tendem para uma dimensão mais negativa, mas quando se compraram com outros (da mesma idade e do mesmo sexo) percebem-se numa medida mais positiva;
- No que concerne aos hábitos de vida, não existe relação entre a percepção do estado de saúde das pessoas idosas e os hábitos alcoólicos e os hábitos tabágicos;
- Não existe relação entre as instituições que participaram no estudo e a percepção da saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

A realização deste trabalho foi considerada um desafio. Quando nos propomos a um determinado objectivo é preciso rigor, esforço e disciplina intelectual para o conseguir alcançar.

O ponto de partida deste estudo teve origem numa problemática, à qual a autora se depara no dia-a-dia, *in loco*, e termina com uma leitura breve e reflexiva, espelho da experiência da deslocação a várias instituições que auferiu a oportunidade de contactar com pessoas que residem nesses contextos.

Esta experiência em investigação revelou, com base no conhecimento científico, a ideia que gostaria de salvaguardar: o facto de as pessoas idosas residirem numa instituição não significa que tenham de perceber a sua saúde de forma negativa, há uma panóplia de informação que, ao ser conhecida, pode ajudar a melhorar a intervenção em vários sentidos e, por conseguinte, ir ao encontro do que o próprio indivíduo percebe da sua saúde.

O processo foi complexo, com altos e baixos, momentos de cansaço e desânimo, mas também com uma forte motivação intrínseca, que é o gosto e o interesse por estudar e adquirir conhecimentos no âmbito da saúde das pessoas mais velhas (sempre com o intuito de utilizar esses conhecimentos na prática profissional).

Os resultados obtidos não são os esperados inicialmente, tendo em conta as próprias limitações do estudo. Porém, toda a conjuntura da realização do trabalho, pelas suas respectivas etapas, foi muito rica em experiências, conhecimentos e, simplesmente, em aprendizagem.

Para tal, contribuíram os seguintes pontos fortes:

- Existir conteúdos descritos sobre percepção da saúde (de pessoas idosas), que alicercem a conceptualização teórica deste estudo;
- Obter uma amostra com um número de indivíduos considerável, em relação à população alvo, mesmo consciente que não será significativo em todo o universo;
- Utilizar um instrumento de colheita de dados concebido e adaptado para a população portuguesa;

Como aspecto dificultador é de salientar:

- O facto de não existirem estudos específicos anteriores sobre a percepção de saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Numa perspectiva futura, com a noção de dar continuidade ao estudo desta temática, teria interesse aprofundar conhecimentos no âmbito da percepção da saúde de pessoas idosas albergando outras dimensões, nomeadamente:

- Aumentar o número de indivíduos para constituição de uma amostra mais representativa da população universal;
- Correlacionar dados obtidos através de dois grupos distintos, designadamente indivíduos institucionalizados e indivíduos não institucionalizados;
- Estudar a percepção da saúde de pessoas idosas institucionalizadas com base numa abordagem com triangulação metodológica, quantitativa e qualitativa, em que se conhecesse em maior detalhe os factores que afectem a percepção da saúde;
- Estudar a percepção da saúde de pessoas idosas institucionalizadas complementada com uma avaliação do ponto de vista clínico;
- Estudar a percepção da saúde de pessoas idosas institucionalizadas, focalizando especificamente os aspectos relacionados com a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Bibliografia

- AFONSO, A. e NUNES, C. – Estatística e Probabilidades: Aplicações e soluções em SPSS. Lisboa: Escolar Editora (2010);
- ALMEIDA, M. - Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada do envelhecimento, Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa (2009);
- BLANCO, H. - “Envelhecimento e doença” in H. Blanco: Síndromes Geriátricas. Versão Portuguesa. Revisfarma – Edições Médicas, Lda, (2007);
- BLANCO, H. - “Avaliação geriátrica integral” in H. Blanco: Síndromes Geriátricas. Versão Portuguesa. Revisfarma – Edições Médicas, Lda, (2007);
- BONFIM, C. et al - *Lar para Idosos – 3 – Guiões Técnicos*: Direcção Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação; Lisboa. (1996);
- BOWLING, A. - *Measuring Health: a review of quality of life measures scales* (2^o ed.). Glasgow: Bell & Bain (1997);
- CAMPBELL, A. - *The sense of well-being in America. Recent patterns and trends*. New York. McGraw-Hill Editors, 1981 ;
- CHARPANTIER, M. - *Viellir en milieu d'hébergement – Le regard des résidents*. Québec : Presses de L'Université du Québec (2005);
- CORDEIRO, M. - “Avaliação da Saúde em Gerontologia” in *O Idoso – Problemas e Realidades*. Manual Sinais Vitais. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda (1999);
- CORDEIRO, M. - *Entre este mundo e o outro: um estudo sobre velhos institucionalizados*. Coimbra (2001);
- COSTA, M. - *Cuidar Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2^a Edição). Coimbra: Formasau – Edições Sinais Vitais (2006);
- COSTA e SAMPAIO - *Dicionários da Língua Portuguesa* (8^a Edição) Porto: Porto Editora (1999);
- CRIMMINS, E. - “Trends in the health of the elderly” in *Annual Reviews of Public Health*. Nº 25. Annual Reviews Inc (2004);
- DÍAZ, A. - “Farmacologia Geriátrica” in H. Blanco: Síndromes Geriátricas. Versão Portuguesa. Revisfarma – Edições Médicas, Lda, (2007);
- ENNUYER, B. - *Les défis du vieillissement. Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Ed. Dunod (2002);
- EKHOLM, A. – *The future need for care: results from the LEV –Project*. Regering Skansliet – Government Office of Sweden (2010);
- FERNANDES, A. - *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora (1997);
- FERNANDES, A. - “Envelhecimento e Saúde” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública* VOL. 23, Nº 2, Julho/Dezembro (2005);
- FERNANDES, A. - “Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001)” in *Análise Social*, VOL. XLII, Nº 183, Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (2007);
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. - “Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings” in *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 26, Elsevier Science Ireland (1998);
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. - “Protocol Adaptation Procedures” in Schroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger (Eds), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press (1999);
- FERREIRA, P. e SANTANA, P. - “Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 21, Nº 2. (Julho/Dezembro) (2003);
- FERREIRA, P. e FERREIRA, L. - “A medição de preferências em saúde na população portuguesa” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 24, Nº 2. (Julho/Dezembro) (2006);
- FONSECA e PAUL - “Saúde percebida e passagem à reforma” in *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 5, Nº 1 (2004);
- FORTIN, M. - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência (2003);
- GIL, A. - *Como elaborar projectos de pesquisa*. (2^a edição) São Paulo: Editora Atlas (1999);
- GONÇALVES, M. et al - “Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas” in *Psicologia, Saúde & Doença* 7 (1) (2006);

- GUERREIRO, M. et al - Avaliação breve do estado mental in Guerreiro, Garcia & Mendonça, Escalas e testes na demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2003);
- GRUPO DE COORDENAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA SOCIAL - *Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social (2005);
- HILL, M e HILL, A. – Investigação por questionário. Lisboa, Editora Sílabo (2000);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - *O Envelhecimento em Portugal - situação demográfica e sócio-económica recente das Pessoas Idosas in* Revista Estudos Demográficos nº 32, Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, INE, Lisboa, Portugal (2002);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos in* Revista Estudos Demográficos nº 34, Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, INE, Lisboa, Portugal (2002);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - Anuário Estatístico de Portugal 2004 in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2005);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - Indicadores Sociais 2005 in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2006);
- INE – Instituto Nacional de Estatística – Dia Mundial da População in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2007);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas demográficas in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2008);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - Anuário Estatístico de Portugal 2006 in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2008);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - As pessoas, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2008);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas demográficas in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2008);
- INE – Instituto Nacional de Estatística - Estimativas da População Residente 2009 in Destaque, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal (2009);
- JACOB, L. - Os serviços para Idosos em Portugal, Dissertação para Mestrado, ISCTE (2001);
- JÚNIOR, A. - Idosos em movimento – mantendo a autonomia: um projecto para promover a saúde e a qualidade de vida através de actividades físicas in Actas do Seminário da qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto (1999);
- LUCIANO, M. *O Idoso, contextos e realidades*. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos. Lisboa - (2004);
- MAROÇO, J. - *Análise Estatística: Com utilização do SPSS* Lisboa: Edições Silabo (2003);
- MARQUES, M. - “Percepção significativa dos Cuidados de Enfermagem pelos utentes hospitalizados”. In: Revista Referencia, Nº 5, Novembro (2000);
- MARTINS, M. - Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Doutoramento em desenvolvimento e intervenção psicológica. Universidade de Extremadura, Badajoz – Espanha (2004);
- MICHALOS, A. e ZUMBO, D. - *Health and Quality of Life. Sine loco*. Social Indicators Research, 2000;
- MINICUCI et al - “Cross – national determinants of quality of life from six longitudinal studies on aging: The CLESA Project” in Aing Clinical and Experimental Research, VOL. 15, Nº 3. Editrice Kurtis (2004);
- MONIZ, J. (2003) *A Enfermagem e a pessoa idosa – a prática dos cuidados como experiência formativa*. Loures: Editora Lusociência;
- MOTA, J. e CARVALHO, J. - Programas de actividade física no concelho do Porto in Actas do Seminário da qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto (1999);
- MOSS, W. (2003) “Social Context: transcending their power and their fragility” in American Journal of Community and Psychology, Vol. 31, Nº 1/2, Março;
- MOURA, C. - *Século XXI: Século do Envelhecimento* (1ª Edição) Loures: Lusociência (2006);
- OLIVEIRA, C. et al - Estudo do Perfil do Envelhecimento da população Portuguesa. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2008);

- OLIEVENSTEIN, C. - A arte de envelhecer (1ª Edição). Lisboa: Editorial Notícias (2000);
- OMS – Organização Mundial de Saúde - *Declarações do Dia Mundial da Saúde* – 2009. Genebra (2009);
- PACOLET, J. (1998) Social Protection for dependency in old age in the 15 EU members states and Norway. Social Security and Social Integration: European Commission;
- PATRICK, D. e BERGNER, M. – Measurement of health status in the 1990s. Annual Review Public Health, Vol. 11, 1990;
- PAUL, C. et al - “EXCELSA – Estudo piloto sobre o envelhecimento humano em Portugal” in Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, Vol. 2, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho (2001);
- PAUL, C. e FONSECA, A. et al - A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses. In Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi (2005);
- PEREIRA, A. – SPSS: Guia prático de utilização, (5ª Edição), Lisboa, Edições Sílabo (2004);
- PIMENTEL, F. - Qualidade de Vida e Oncologia. Coimbra. Edições Almedina (2006);
- POLIT, D.; HUNGLER, B. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (3ª ed) Porto Alegre, Artes Médicas Editora (1995);
- REIS, A. - *A participação da pessoa idosa residente num Lar nas actividades pessoais e sociais*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem (1998);
- REIS, E. et al - Estatística Aplicada. Vol 2, 3ª edição, Lisboa, Editora Sílabo (1999);
- RIBEIRO, J. - “A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica” in J.L.P. Ribeiro (Eds.), Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (2007);
- SANTOS, C. – Estatística descritiva – Manual de auto – aprendizagem, Lisboa, Edições Sílabo (2007);
- SANTOS, M - *O arquivo vivo da sociedade: estudo de idosos institucionalizados*. Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos. Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais. Coimbra (2006);
- SECCHI, G. e STREPPARAVA, M. “The Quality of life in cancer patients: a cognitive approach” in Eur J Intern Med, Vol.12 Nº 1, 2001;
- SPILKER, B. e REVICKI, D. – *Taxonomy of Quality of Life in Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials*, B. Spilker, Editor. New York, Raven Press Editors, 1996;
- SQUIRE, A. - *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Lisboa: Lusodidacta (2005);
- VAZ, E. - A velhice na primeira pessoa (1ª edição) Penafiel: Editorial Novembro (2008);
- VINTÉM, J. - “Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade” in Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 26, Nº 2. (Julho/Dezembro) (2008);
- WHOQOL GROUP - The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization in *Social Science & Medicine*, VOL. 4, Nº 10 (1995);

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização para colheita de dados nas instituições

Ex.mo(a) Senhor(a) Director(a)
Lar Golden – Haven
Vale do Gago, Estrada Principal
Alforzemel
2005 – 112 Almoster

Data: 03 de Março de 2010

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo

Chamo-me Zélia Ferreira, sou Enfermeira e estou a fazer o Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver a tese do Mestrado, a qual direcionei para o estudo da *percepção de saúde de pessoas idosas institucionalizadas*.

Deste modo, solicito a Vossa autorização para recolher dados para o estudo na Vossa Instituição, acrescento que o estudo tem unicamente valor académico, sendo salvaguardadas as questões éticas e morais de investigação.

Para algum esclarecimento necessário poderão contactar para telemóvel: 968 321 870 ou zeliapatricia@portugalmail.pt.

Agradeço desde já a atenção dispensada sobre o assunto e peço uma resposta por escrito (via postal ou e-mail). Posteriormente, entrarei em contacto para organização do procedimento.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos

Zélia Ferreira

Zélia Ferreira
Urbanização Quinta das Fontainhas, Lote 5, 3º Dto
2005 – 319 Santarém

ANEXO II

Caracterização da população-alvo, residente nos lares de idosos/ Caracterização da
equipa dos colaboradores da instituição

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO – ALVO, RESIDENTE NOS LARES DE IDOSOS

1. NOME DA INSTITUIÇÃO:			
2. LOTAÇÃO MÁXIMA DE RESIDENTES:			
3. Nº ACTUAL DE RESIDENTES NA INSTITUIÇÃO:			
4. IDADE MÁXIMA:		5. IDADE MINIMA:	
6. IDADE MÉDIA:			
7. Nº DE HOMENS:		8. Nº DE MULHERES:	
9. Nº DE IDOSOS SOLTEIROS:			
10. Nº DE IDOSOS CASADOS:			
11. Nº DE IDOSOS VIÚVOS:			
12. Nº DE IDOSOS DIVORCIADOS:			

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DOS COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO

▪ (13) DIRECÇÃO TÉCNICA

<input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> SOCIOLOGIA <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO DE FORMAÇÃO QUAL? _____	(14) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME 15. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 16. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(17) PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

<input type="checkbox"/> AJUDANTES DE LAR <input type="checkbox"/> ASSISTENTES OPERACIONAIS <input type="checkbox"/> SERVIÇOS GERAIS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	(18) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME 19. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 20. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

▪ TÉCNICOS DE SAÚDE

21. ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(22) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME 24. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 25. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____
(23) <input type="checkbox"/> HORÁRIO FIXO <input type="checkbox"/> HORÁRIO POR TURNOS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	

26. MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(27) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME
(28) <input type="checkbox"/> HORÁRIO FIXO <input type="checkbox"/> HORÁRIO POR TURNOS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	29. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 30. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____

31. FISIOTERAPEUTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(32) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME
(33) <input type="checkbox"/> HORÁRIO FIXO <input type="checkbox"/> HORÁRIO POR TURNOS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	34. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 35. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____

▪ OUTROS PROFISSIONAIS

36. TERAPEUTA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(37) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME
(38) <input type="checkbox"/> HORÁRIO FIXO <input type="checkbox"/> HORÁRIO POR TURNOS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	39. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 40. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____

41. TÉCNICO DE NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(42) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME
(43) <input type="checkbox"/> HORÁRIO FIXO <input type="checkbox"/> HORÁRIO POR TURNOS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	44. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 45. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____

46. ANIMADOR SOCIO – CULTURAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(47) <input type="checkbox"/> PART TIME <input type="checkbox"/> FULL TIME
(48) <input type="checkbox"/> HORÁRIO FIXO <input type="checkbox"/> HORÁRIO POR TURNOS <input type="checkbox"/> OUTRO QUAL? _____	49. Nº DE HORAS POR SEMANA: _____ 50. Nº DE COLABORADORES (TOTAL): _____

Grata pela colaboração

Zélia Ferreira

ANEXO III

Consentimento Informado

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO^{1,2}

Título: Percepção da saúde dos idosos institucionalizados

Investigadora: Zélia Ferreira

As perguntas que lhe vou colocar destinam-se a ser utilizadas na tese de mestrado que estou a realizar e que tem como tema a percepção do estado de saúde de idosos institucionalizados.

As respostas são anónimas e confidenciais não trazendo qualquer prejuízo ou benefício para si. As perguntas estão relacionadas com vários aspectos da sua saúde e tem o direito de não responder.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____estou satisfeito com a informação recebida e aceito participar neste estudo. Compreendi as explicações que me foram dadas numa linguagem clara e simples, e tive oportunidade de colocar questões e esclarecer todas as dúvidas. Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de dar qualquer explicação, posso anular o consentimento agora dado.

Assinatura do residente:

Assinatura da investigadora:

¹ Com base no documento preparado pelo Comité Multifacultaire d’Ethique Sciences de la Santé da Universidade de Montreal citado Fortin (2003)

² Lido a cada sujeito antes da recolha de dados

ANEXO IV

Caracterização sócio-demográfica e profissional

CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Data: ____ / ____ / ____ Código: ____ / ____

Agradeço que indique os seus dados.

1. Idade (anos):

2. Género:

☐

1. Masculino

☐

2. Feminino

3. Estado Civil:

☐

1. Casado/a

☐

3. Solteiro/a

☐

4. Viúvo/a

☐

5. Divorciado/a

4. Habilitações Literárias:

☐

1. Sem instrução primária

☐

2. Instrução Primária

☐

3. Superior à instrução primária

7. Actividade profissional que exercia:

8. Duração (em meses) na Instituição:

9. Motivo pelo qual foi institucionalizado:

☐ 1. Dificuldade em auto – cuidar-se

☐ 2. Falta de recursos económicos

☐ 3. Falta de apoio familiar

☐ 4. Não tem família

☐ 5. Preferência em viver num lar, embora tenha família

6. Iniciativa do internamento:

☐ 1. Por iniciativa própria

☐ 2. Trazido(a) por familiares

☐ 3. Trazido(a) por amigos

☐ 4. Trazido(a) por Técnicos de acção social

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

ANEXO V

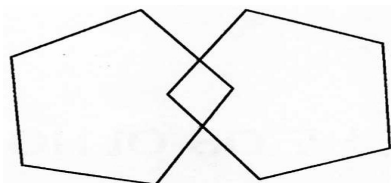
Mini Mental State – versão Portuguesa, traduzida e validada por Guerreiro et al (2003)
físico”

MINI-MENTAL STATE

Data: ____ / ____ / ____ Código: ____ / ____
Agradeço que responda às perguntas que se seguem e faça as tarefas apresentadas.

I - ORIENTAÇÃO	NOTA
“Vou agora fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz” (Dar um ponto por cada resposta correcta)	
1. Em que ano estamos?	
2. Em que mês estamos?	
3. Em que dia do mês estamos?	
4. Em que estação do ano estamos?	
5. Em que dia da semana estamos?	
6. Em que país estamos?	
7. Em que Distrito vive?	
8. Em que terra vive (ou vivia até aqui)?	
9. Como se chama este sítio (esta casa) onde estamos?	
10. Em que andar estamos?	
II – RETENÇÃO	NOTA
“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurásse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”. As palavras são: PERA GATO BOLA “Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)	
PERA	
GATO	
BOLA	
III – ATENÇÃO E CÁLCULO	NOTA
“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu dizer para parar.” (Dar um ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de cinco respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).	
30	
27	
24	
21	
18	
IV - EVOCAÇÃO	NOTA
Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi à pouco para repetir. (Dar um ponto por cada resposta correcta)	
PERA	
GATO	
BOLA	
V – LINGUAGEM (Dar um ponto por cada resposta correcta)	NOTA

a) Mostrar um relógio de pulso. “Como se chama isto?”	
b) Mostrar um lápis. “Como se chama isto?”	
c) Repetir a frase: “O rato rói a rolha.”	
d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.” (Dar um ponto por cada tarefa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).	
• Pega no papel com a mão direita	
• Dobra o papel ao meio	
• Coloca o papel no chão	
e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão” Mostrar o cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS” Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase (Dar um ponto pela realização correcta)	
f) “Escreva uma frase” (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou trocas de letras não contam como erros).	
g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”. (Mostrar um desenho num cartão) (os ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).	
NOTA TOTAL: _____ / 30	



SCORE	CLASSIFICAÇÃO
27 – 30	Efectivamente normal
20 - 26	Disfunção cognitiva
10 - 19	Disfunção cognitiva moderada a severa
< 10	Disfunção cognitiva muito severa

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

Nota:

Considera-se com defeito cognitivo

- Analfabetos <= 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade <= 22
- Com escolaridade superior a 11 anos <= 27

ANEXO VI

Questionário de auto – avaliação da saúde e do bem-estar físico

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR FÍSICO

(ESAP, 1999 - Adaptado)

SEGUE-SE UMA SÉRIE DE QUESTÕES SOBRE VÁRIOS ASPECTOS DA SUA SAÚDE E DO SEU BEM-ESTAR FÍSICO.

CADA AFIRMAÇÃO TEM VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA POSSÍVEIS.

POR FAVOR, ASSINALE A OPÇÃO QUE MELHOR EXPRESSA A SUA RESPOSTA, MARCANDO UMA CRUZ EM CIMA DO NÚMERO CORRESPONDENTE.

MARQUE APENAS UMA RESPOSTA POR CADA QUESTÃO.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

A. Saúde Física

I. Em geral considera que a sua saúde é:

1. Muito boa
2. Boa
3. Aceitável
4. Fraca
5. Muito fraca

II. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua saúde em geral?

1. Muito melhor do que há um ano
2. Um pouco melhor do que há um ano
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior do que há um ano
5. Muito pior do que há um ano

III. Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e do seu sexo, como se acha em termos de saúde?

1. Muito melhor
2. Um pouco melhor
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior
5. Muito pior

IV. Tem algum (ns) problema (s) de saúde que interfira (m) de alguma forma com as suas actividades diárias?

1. Não > avance para a parte B.
2. Sim. Qual(is) ? _____

V. Há quanto tempo surgiu(ram) esse(s) problema(s) ? _____

B. Actividade Física e Mental

I. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua actividade física?

1. Mais intensa do que há um ano
2. Mais ou menos igual

3. Menos intensa do que há um ano

II. Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e do seu sexo, como classificaria a sua actividade física?

1. Muito mais intensa
2. Um pouco mais intensa
3. Mais ou menos igual
4. Um pouco menos intensa
5. Muito menos intensa

III. Do ponto de vista *físico*, até que ponto são exigentes as suas actuais actividades diárias?

1. Muito exigentes
2. Moderadamente exigentes
3. Pouco exigentes
4. Nada exigentes

IV. Do ponto de vista *mental*, até que ponto são exigentes as suas actuais actividades diárias ?

1. Muito exigentes
2. Moderadamente exigentes
3. Pouco exigentes
4. Nada exigentes

C. Condição Física

I. Em geral, diria que a sua condição (ou "forma") física é:

1. Muito boa
2. Boa
3. Aceitável
4. Fraca
5. Muito fraca

II. Comparando com o ano passado, como classificaria a sua condição (ou "forma") física?

1. Muito melhor do que há um ano
2. Um pouco melhor do que há um ano
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior do que há um ano
5. Muito pior do que há um ano

III. Comparando-se com a maior parte das pessoas da sua idade e do seu sexo, como classificaria a sua condição (ou "forma") física?

1. Muito melhor
2. Um pouco melhor
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior
5. Muito pior

D. Sono

I. Tem actualmente algum problema de sono a afectá-lo(a)?

1. Não > avance para a parte E
2. Sim > avance para a questão II.

II. Esse problema tem afectado as suas actividades durante o dia, por exemplo, criando ansiedade ou fazendo-o(a) andar ensonado(a) durante o dia?

1. Sim
2. Não

III. Qual é o principal problema de sono que o(a) afecta?

1. Dificuldade em adormecer
2. Dificuldade em manter o sono por longos períodos
3. Acordar durante a noite e não conseguir adormecer
4. Pesadelos ou "sonhos maus"
5. Outros

IV. Há quanto tempo surgiu(ram) esse(s) problema(s) ? _____

E. Audição

I. Em geral, considera a sua capacidade de audição:

1. Muito boa
2. Boa
3. Aceitável
4. Fraca
5. Muito fraca

II. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua capacidade de audição?

1. Muito melhor do que há um ano
2. Um pouco melhor do que há um ano
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior do que há um ano
5. Muito pior do que há um ano

III Comparando-se com a maior parte das pessoas da sua idade e do seu sexo, como classificaria a sua capacidade de audição?

1. Muito melhor
2. Um pouco melhor
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior
5. Muito pior

F. Visão

I. Em geral, considera a sua capacidade de visão:

1. Muito boa
2. Boa
3. Aceitável
4. Fraca
5. Muito fraca

II. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua capacidade de visão?

1. Muito melhor do que há um ano
2. Um pouco melhor do que há um ano
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior do que há um ano
5. Muito pior do que há um ano

III Comparando-se com a maior parte das pessoas da sua idade e do seu sexo, como classificaria a sua capacidade de visão?

1. Muito melhor
2. Um pouco melhor
3. Mais ou menos na mesma
4. Um pouco pior
5. Muito pior

G. Consumo de Tabaco

I. Já fumou regularmente pelo menos durante um ano?

1. Não > avance para a parte H
2. Sim, mas parei > avance para a parte H
3. Sim e ainda fumo > avance para a questão II.

II. Quantos cigarros / charutos / cachimbo fuma, em média, por dia?

Nº de cigarros
Nº de charutos
Nº de cachimbos.

III. Comparando com o ano passado, como classificaria agora o seu consumo de tabaco?

1. Mais elevado do que há um ano
2. Mais ou menos na mesma
3. Menos elevado do que há um ano

H. Consumo de álcool

I. No caso de consumir bebidas alcoólicas, diria que:

1. Bebe só em ocasiões muito especiais
2. Bebe ocasionalmente
3. Bebe com regularidade
4. Não > fim do questionário

III. Comparando com o ano passado, como classificaria agora o consumo de bebidas alcoólicas?

1. Mais elevado do que há um ano
2. Mais ou menos na mesma
3. Menos elevado do que há um ano

FIM

Obrigado pela colaboração!

ANEXO VII

Autorização pelo autor do “Questionário de auto-avaliação da saúde e do bem-estar

Data: Wed, 31 Mar 2010 10:26:58 +0100 [31/03/2010 10:26:58 WET]

De: António Fonseca <afonseca@porto.ucp.pt>

Para: zeliapatricia@portugalmail.pt

Assunto: RE: pedido de esclarecimento

Ata(s):  13. Anexo 2.pdf 76 KB

 13. Anexo 2.doc 65 KB

Assunto: Mestrado: RE: pedido de esclarecimento

Page 2 of 2

Cara Zélia Ferreira

Estou a enviar-lhe, em anexo, o Questionário de Auto-avaliação da saúde e do bem-estar físico (versão pdf e versão word), usado no estudo a que o seu e-mail se refere. Trata-se de um instrumento longo, mas que poderá ser usado parcialmente sem perda de validade. Caso me envie a sua morada postal, terei todo o gosto em enviar-lhe um outro artigo unicamente com dados obtidos através da administração deste instrumento e que a poderá ajudar, nomeadamente, na interpretação dos resultados.

Cumprimentos.
António Fonseca

-----Original Message-----

From: zeliapatricia@portugalmail.pt [mailto:zeliapatricia@portugalmail.pt]

Sent: terça-feira, 30 de Março de 2010 18:37

To: António Fonseca

Subject: pedido de esclarecimento

Boa tarde Srº Drº António Fonseca,
Chamo-me Zélia Ferreira, sou Licenciada em Enfermagem e estou a frequentar o Mestrado em Saúde e Envelhecimento (1ª edição) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Nesta fase encontro-me a preparar a minha tese e pretendo avaliar a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas, com a orientação da Sra Dra Ceu

Mateus da Escola Nacional de Saúde Pública. Tendo por base a informação ao ler o artigo "saúde percebida e passagem à reforma, 2004", julgo que provavelmente poderia aplicar o Questionário de Auto-Avaliação de saúde e do bem estar físico, de Fonseca e Paul (1999).

No entanto, gostaria de saber o seu parecer em relação à aplicação deste instrumento neste estudo. Assim como, se me permite que o utilize. Estou disponível para uma reunião (no Porto ou em Lisboa, conforme a sua disponibilidade) se for necessário poderá entrar em contacto comigo via e-mail ou para o telemovel 968 321 870.


Agradeço desde já toda a sua atenção dispensada.
Com os melhores cumprimentos

Zélia Ferreira

O email é um dos seus instrumentos de trabalho?
<http://www.portugalmail.net/profissional>

Esta mensagem (incluindo quaisquer anexos) pode conter informação confidencial ou legalmente protegida para uso exclusivo do destinatário. Se não for o destinatário pretendido da mesma, não deve fazer uso, copiar, distribuir ou revelar o seu conteúdo (incluindo quaisquer anexos) a terceiros, sem a devida autorização. Se recebeu esta mensagem por engano, por favor informe o emissor, por e-mail, e elimine-a imediatamente. Obrigado.

This message may contain confidential information or privileged material, and is intended only for the individual(s) named. If you are not the named addressee, you should not disseminate, distribute or copy this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake and delete this e-mail from your system.

 13. Anexo 2.pdf 76 KB

 13. Anexo 2.doc 65 KB